



**PLAN DIRECTOR DE URGENCIAS Y
EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA
COMUNIDAD DE MADRID 2016 – 2019**

Servicio Madrileño de Salud



**Comunidad
de Madrid**



Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD – COMUNIDAD DE MADRID



PLAN DIRECTOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2016 – 2019

Servicio Madrileño de Salud



**Comunidad
de Madrid**

Consejería de Sanidad



SaludMadrid

Edita:

Comunidad de Madrid.

Realiza:

Consejería de Sanidad,
Servicio Madrileño de Salud.

Edición:

12/2016, V.1.

Índice

1	Presentación.....	7
2	Prólogo.....	9
3	Hacia una coordinación plena de las urgencias y emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid.....	13
4	Situación actual de la atención en las urgencias y emergencias sanitarias en la Comunidad de Madrid.....	17
4.1	<i>Evolución del perfil demográfico de la Comunidad de Madrid</i>	17
4.1.1	Evolución de la población de la C.M.	17
4.1.2	Envejecimiento de la población de la C.M.	18
4.1.3	Densidad y concentración de la población en la región	22
4.2	<i>Dotación y funciones de los recursos de la Urgencia.....</i>	23
4.2.1	Niveles de atención de urgencias y emergencias de la C.M.	23
4.2.2	Dispositivos móviles de atención de urgencias y emergencias de Atención Extrahospitalaria	25
4.2.3	Servicios de urgencias sanitarias en centros de atención	28
4.2.4	Dispositivos de atención de urgencias y emergencias de Atención Hospitalaria	30
4.2.5	Isócronas de los dispositivos de urgencias y emergencias de la C.M.	32
4.3	<i>Actividad de urgencias.....</i>	33
4.4	<i>Calidad en la atención de urgencias y emergencias sanitarias.....</i>	42
4.4.1	Valoración de los usuarios sobre dispositivos de urgencias y emergencias del SERMAS	43
4.4.2	Valoración de los usuarios sobre el SUMMA 112	45
4.4.3	Valoración de los usuarios sobre las Urgencias Hospitalarias	46
4.4.4	Principales conclusiones al respecto de la valoración de los usuarios sobre los dispositivos de atención de urgencias y emergencias.....	47
4.5	<i>Marco actual de atención.....</i>	47
5	Tendencias y oportunidades de mejora para un nuevo modelo de atención urgente	49
5.1	<i>Tendencias a nivel nacional e internacional en la gestión de urgencias y emergencias sanitarias.....</i>	49
5.1.1	Iniciativas y modelos de referencia a nivel internacional	50
5.1.2	Iniciativas y modelos de referencia a nivel nacional	55
5.1.3	Marco estratégico en la C.M.....	60
5.2	<i>Análisis DAFO del modelo actual de la Comunidad de Madrid.....</i>	62

5.3	<i>Claves que deben orientar la mejora de las Urgencias y Emergencias Sanitarias.....</i>	66
6	Definición del Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid.....	68
6.1	<i>Bases del Plan Director: Objetivos, alcance y principios inspiradores.....</i>	68
6.1.1	Bases del desarrollo del Plan.....	68
6.1.2	Objetivos del Plan.....	69
6.1.3	Alcance y principios inspiradores del Plan.....	70
6.2	<i>Líneas de actuación y proyectos.....</i>	71
6.3	<i>Cronograma de implantación y modelo de seguimiento.....</i>	83
6.3.1	Cronograma de implantación.....	84
6.3.2	Estructura de seguimiento.....	86
Anexo A.	Bases metodológicas para la definición del Plan Director.....	88
Anexo B.	Índice de figuras.....	91
Anexo C.	Acrónimos y abreviaturas.....	93
Anexo D.	Bibliografía.....	96
Anexo E.	Agradecimientos.....	102

1 Presentación

"Si puedes soñarlo, podrás crearlo"
(Walt Disney)

Tras los estudios realizados, hoy estamos en disposición de afirmar que entre 7 y 8 de cada 10 urgencias que son atendidas en los diferentes Servicios de Urgencias de los Hospitales Públicos de nuestra Comunidad, podrían resolverse de forma satisfactoria y con garantías de seguridad y confort, en el propio domicilio de los pacientes o bien en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), en los Servicios de Atención Rural (SAR) o en el Centro de Urgencias de El Molar; todos ellos cercanos a nuestra casa, atendidos por profesionales sanitarios especializados en urgencias y que tienen sus puertas abiertas todos los días laborables desde las 20:30 horas hasta las 8:30 de la mañana, y las 24 horas de sábados y domingos, garantizando una cobertura universal para todos los madrileños y con una media de tiempo de espera inferior a los 30 minutos.

¡Y aquí entra en juego nuestra gran asignatura pendiente!, la comunicación eficaz, la educación para la salud, la pedagogía con los ciudadanos, reto de todos los responsables políticos en materia de salud, algo que debemos aceptar y corregir durante esta legislatura; un reto que sin duda afrontaremos gracias a nuestro nuevo Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, Mi Carpeta de Salud y la Escuela Madrileña de Salud.

Estoy convencido de que todos los ciudadanos, si somos capaces de explicarles correctamente que "urgencias" no siempre significa "H" de Hospital, nos ayudaran de forma proactiva a conseguir los objetivos de este nuevo Plan de Urgencias y Emergencias, entre los que destaca el "uso racional de los servicios de urgencias", pero no solo por parte de los madrileños, sino por parte de todos y cada uno de los que conformamos nuestro Sistema Público de Salud, contando con la ayuda de todos los medios de comunicación social y de nuestros mejores aliados, los farmacéuticos, gracias al convenio de colaboración que acabamos de suscribir.

Por otra parte, nuestro Plan tiene entre sus objetivos mejorar la operatividad a la hora del "alta" en urgencias, tanto en el hospital como en los servicios de urgencias extrahospitalarios: se entregará al paciente el informe de alta correspondiente donde se le aconsejara que en unos días visite a su médico de familia en el Centro de Salud, que será quien determine si es o no necesario acudir al especialista en cada caso; del mismo modo en dicho informe se aconsejara contactar con el 112 o bien con el teléfono gratuito de asistencia sanitaria 900 102 112, en el caso de que tengan alguna duda o piensen que su proceso clínico no mejora; pero además, siempre contarán con la receta de los medicamentos que los médicos de urgencia entiendan necesarios, para que puedan acudir directamente a la Farmacia y no tengan que desplazarse al Centro de Salud para conseguir las recetas que su médico indicó, como tratamiento, en el informe de alta.

Y en otro orden de cosas, hemos de aceptar, como no puede ser de otro modo, que no es el ciudadano quien tiene que saber diferenciar entre lo que es una "urgencia" o una "emergencia", o entre lo que es "urgente" o lo que es "importante". Somos nosotros los profesionales sanitarios y

en su caso los operadores, "facilitadores", tanto del 112 como del 900 102 112, quienes haciendo valer los nuevos protocolos establecidos, determinen los recursos más apropiados en cada caso, personalizando siempre la atención telefónica y transmitiendo a su vez rigor, claridad, tranquilidad, confianza y credibilidad, valores que hacen que nuestra Sanidad Pública sea reconocida como excelente en todos los estudios realizados. En definitiva, para la persona que está sufriendo dolor, angustia, o que está viviendo una situación comprometida para su salud o la de otros, todo es urgente e importante y somos nosotros los que tenemos la obligación de valorar cada caso de forma totalmente personalizada. De ahí la necesidad e importancia de la formación continuada en habilidades de comunicación en situaciones difíciles de todos nuestros operadores, facilitadores, tanto del 112 como del 900 102 112.

Además de todo lo señalado, garantizamos con este nuevo Plan de Urgencias y Emergencias, la coordinación de todos los hospitales públicos con nuestros centros de salud y los SUAP y SAR, lo que sin duda facilitará la atención urgente a todos los ciudadanos con eficacia y eficiencia en cada caso.

Si entre todos somos capaces de transmitir estos mensajes con claridad y precisión a toda la población, la garantía del éxito de este nuevo Plan estará asegurada, así como la sostenibilidad de nuestro Sistema Sanitario, y lo que es más importante, estaremos resolviendo las urgencias en un periodo de tiempo mucho más corto y con garantías de seguridad, que es en definitiva lo que demandan todos los ciudadanos y lo que deseamos todos los profesionales sanitarios y los responsables políticos.

Baste con recordar que ahora ya y gracias a la coordinación de protocolos entre el SAMUR y el SUMMA 112, en la ciudad de Madrid, cuando se produce una demanda de atención urgente "tiempo dependiente", hoy responde el recurso que este más cercano a la persona que lo necesita, acabando con ello con aquella leyenda publica de que si es en casa responde el SUMMA 112 y si es en la vía pública, el SAMUR. Un ejemplo de coordinación que también trataremos de alcanzar en los municipios donde se den situaciones similares.

Y termino agradeciendo a todo el equipo de la Dirección General de Coordinación de Asistencia Sanitaria y a la Gerencia del SUMMA 112, así como a todos los profesionales expertos, especialistas y técnicos que han hecho posible que hoy podamos presentar este gran Plan de Urgencias y Emergencias.

Como profesional sanitario, como ciudadano y ahora como Consejero de Sanidad, me siento especialmente orgulloso del modo en que se atienden todas las urgencias en la Comunidad de Madrid, pero en el Gobierno de Cristina Cifuentes queremos ir más allá, mejorando este servicio, ahora con el Plan de Urgencias y Emergencias 2016-2019 que hoy presentamos.

Muchas gracias a todos por vuestro excelente trabajo y vuestra gran implicación.

Jesús Sánchez Martos

Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid

2 Prólogo

Para los ciudadanos la atención sanitaria urgente constituye una parte trascendental del sistema de salud y lo valoran como uno de los elementos que caracterizan y definen los servicios sanitarios, tanto por el volumen de la demanda, como por la trascendencia social de esta actividad. En ese sentido con orgullo estoy en condiciones de afirmar que el modelo de urgencias y emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid es reconocido por los principales países de nuestro entorno como un referente a nivel internacional, tanto en materia organizativa como en accesibilidad y respuesta a la demanda asistencial. Dicho reconocimiento se produce también entre los habitantes de nuestra región, quienes valoran este tipo de servicios de forma muy positiva, siendo un servicio recomendado por más del 90% de los ciudadanos.

No obstante, en los últimos años se han producido algunos cambios con un impacto directo en la actividad y en la calidad de atención en la urgencia y la emergencia. A nivel demográfico, es destacable el crecimiento de la población en más de medio millón de habitantes entre 2006 y 2012, principalmente vinculado al fenómeno migratorio, así como la aceleración progresiva del envejecimiento de la población, proceso vinculado directamente al aumento de la prevalencia de las patologías crónicas, provocando un incremento de la demanda asistencial y especialmente una sobrefrecuentación de los recursos de urgencias, llegando puntualmente a su saturación en algún caso. Por otra parte, los ciudadanos nos exigen cada vez más que los servicios se adapten a sus necesidades, que den respuestas organizativas ágiles y eficaces a las mismas, procurando personalizar la atención y estableciendo una clara información a pacientes y familiares.

El acceso a los dispositivos de atención de urgencias es libre por parte del ciudadano, lo que sumado a la escasa diferenciación a ojos del mismo de las funciones y de su capacidad de resolución, acaba dificultando la elección correcta del recurso necesario para cada situación, provocando la ineficiencia en su uso, una sobreutilización de la Urgencia Hospitalaria y una insatisfacción creciente de los usuarios fundamentalmente centrada en los tiempos de respuesta y de espera.

Por todo ello hemos considerado este momento como una oportunidad para continuar mejorando la organización y la atención de la urgencia y la emergencia en la Comunidad de Madrid mediante el desarrollo de este Plan que no es sino un auténtico Plan Director. El planteamiento de partida se basa en una visión integral del proceso de atención al ciudadano independientemente del dispositivo de acceso o de atención para darle una respuesta integral, rápida, eficiente y de calidad.

Esta visión integral se ha concretado en una orientación hacia las necesidades de los pacientes ubicándolos en el centro del sistema, apoyándoles en el autocuidado, en la prevención y en obtener la asistencia adecuada en el lugar correcto desde el primer momento, maximizando de esta forma las oportunidades de supervivencia y de recuperación. Para ello, una de las claves es

facilitar la selección del dispositivo adecuado a cada momento y situación, para lo cual, nos vamos a apoyar en la creación de la Agencia de Seguridad y Emergencias de la Comunidad de Madrid, en la generación de alianzas con otros agentes relevantes como protección civil, policía, etc., y en una mayor coordinación de los distintos dispositivos del SERMAS para asegurar una adecuada interconexión entre los distintos dispositivos de atención a la urgencia y la emergencia, sean sanitarios o no sanitarios, locales o regionales, de modo que el Sistema en su conjunto se transforme en algo más que la suma de sus partes. A su vez, esta iniciativa debe favorecer la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema a nivel global.

Otro elemento esencial en los próximos años será la potenciación de los recursos de atención urgente extrahospitalaria, mejorando su capacidad de reacción y respuesta, dando a conocer su existencia, funciones y capacidades a la población de una manera más amplia y efectiva, de forma que se fomente que la atención en la urgencia hospitalaria se limite a los procesos más complejos, evitando así demoras y saturaciones innecesarias.

Asimismo, entendemos que la aproximación del Sistema de Salud a cada individuo debe ser al mismo tiempo médica y humana, por lo que hemos incorporado a este plan las reflexiones vinculadas al desarrollo de una atención digna, respetuosa, personalizada y transparente con las personas del Plan de Humanización en el ámbito de urgencias desarrollado por la propia Consejería de Sanidad.

En definitiva, este Plan debe de suponer un verdadero impulso a nivel organizativo, de coordinación, tecnológico y de calidad en la atención a los ciudadanos, y se ha de apoyar como pilar fundamental en la aportación de nuestros profesionales, los cuales sin duda pondrán el máximo empeño en su implantación y, a los cuales quiero destacar por encima de todo como los verdaderos participantes y artífices de la mejora de nuestro Sistema de Salud y de la salud de la población de la Comunidad de Madrid.

César Pascual Fernández

Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

"Con orden y tiempo se encuentra el secreto de hacerlo todo, y de hacerlo bien"
(Pitágoras)

La realización del Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid 2016-2019, constituye un importante paso en el progreso hacia la excelencia desde el modelo de Madrid, de reconocido prestigio internacional, en la atención en los Servicios de Urgencias y Emergencias. Ha sido un privilegio, así como la virtud más preponderante en su redacción, el haber sido confeccionada por profesionales de los Servicios de Urgencias y Emergencias de nuestra Comunidad.

En efecto, el trabajo en equipo constituye la línea de actuación propia de las Urgencias y Emergencias, así como del Plan Director que se presenta. Sólo será posible la ejecución del mismo en equipo. Aquel que formamos todos nosotros, dedicados a la Medicina de Urgencias y Emergencias con un fin único: la mejor asistencia posible a nuestra razón de ser, los pacientes. Para ello, pacientes, profesionales, servicios y recursos, han sido los protagonistas del Plan Director.

La demanda en la atención urgente se ha incrementado, las características de la población en la Comunidad de Madrid han cambiado en los últimos años. Teniendo en cuenta las peculiaridades demográficas, el estudio de las diferentes demandas de los pacientes, muy presente los diferentes datos recogidos en las encuestas de opinión, a través de una visión integral, se ha confeccionado el Plan. Un Plan que pretende dar la mejor respuesta a nuestros pacientes, que acuden a los Servicios de Urgencias y Emergencias en un momento delicado, sabiendo que encontrarán a los mejores profesionales, dispuestos a dar asistencia a una demanda arropada por la humanidad que nos caracteriza y la excelencia que nos ha de acompañar 24 horas, 7 días a la semana, los 365 días del año.

Pablo Busca Ostolaza

Gerente del SUMMA 112

3 Hacia una coordinación plena de las urgencias y emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid

La atención de urgencias y emergencias da respuesta a la necesidad de una atención precoz e incluso inmediata en la cual los recursos y el tipo de asistencia requerida puede variar notablemente en alcance e intensidad, este es uno de los principales retos de las organizaciones que planifican, coordinan y prestan este tipo de servicios asistenciales. De ahí la necesidad de orientar estas organizaciones asistenciales hacia una atención continua, multidisciplinar, integrada por distintos niveles asistenciales, que dé cobertura completa y de forma equitativa a la población independientemente de su localización sea urbana o rural, y que sea capaz de priorizar la atención de patologías complejas o tiempo-dependientes de cara a conseguir unos altos estándares de supervivencia y calidad de vida.

El modelo actual de urgencias y emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid (C.M.) engloba todos los dispositivos que prestan la atención urgente a los ciudadanos de la C.M. En concreto el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) da respuesta a todas las necesidades del paciente desde que se genera la demanda hasta su alta efectiva con dos tipos de **recursos: los extrahospitalarios y los hospitalarios**. Los primeros están conformados por los dispositivos de atención urgente de Atención Primaria, cuyo fin es la atención de proximidad y de las patologías de menor complejidad, y el SUMMA112 cuya responsabilidad es la atención de la emergencia y la coordinación de todo el transporte sanitario apoyándose en el centro coordinador, en cambio la urgencia hospitalaria está conformada por todos los recursos y medios que se disponen en el hospital para dar respuesta a este tipo de situaciones desde que un paciente entra en el hospital hasta que se le da de alta de este entorno sea camino de su casa, sea con un ingreso en una unidad de hospitalización o cualquier otra alternativa a la hospitalización convencional que se disponga.

Este sistema propio del SERMAS se ve **apoyado en el caso de la emergencia con distintos dispositivos regionales o locales**, como son por ejemplo el 112, dispositivos de protección civil (SAMUR, SAMER, ...), bomberos, policía, etc.

En la C.M. se atendieron más de 3 millones de urgencias hospitalarias en el año 2015 con un porcentaje de ingresos del 10,41%, mientras que en las urgencias extrahospitalarias en el SUMMA112 se atendieron a algo más de 500.000 pacientes con recursos móviles y más de 1.000.000 pacientes en centros de urgencia incluyendo Atención Primaria y Extrahospitalaria. Esto implica que **la mayor parte de las urgencias atendidas en la C.M. se concentran en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), un 67%**, mientras que los servicios de urgencias prehospitalarias, SUMMA112 móviles concentra un 10% de actividad de urgencias y los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), en los Servicios de Atención Rural (SAR) y el Centro de Urgencias Extrahospitalario (CUE) atienden el 23% de las urgencias restantes.

Así mismo y en términos generales, el volumen total de urgencias y emergencias sanitarias atendidas por los diferentes dispositivos de la C.M. en los últimos tres años ha mostrado un crecimiento del 3,50%. La **demanda de atención urgente ha crecido** principalmente por el aumento de cerca de medio millón de habitantes entre los años 2006 y 2012, y al progresivo envejecimiento de la población de la C.M. Este último efecto se va a acentuar de manera importante en el futuro, incrementando el peso del grupo de edad de 65 o más años en la población de la región desde el 16,95% a 1 de julio de 2016 hasta el 20,64% que se prevé en 2024 lo que generará una mayor frecuentación y una posible saturación de las urgencias si no se toman medidas preventivas [1] [2].

Aunque la C.M. es una de las regiones con mayor densidad de población y con una red de comunicaciones por carretera muy desarrollada, sobre todo por que concentra gran parte de su población en la ciudad de Madrid y en la zona este y sur metropolitana, no hay que olvidar que una parte de la **población, casi un 3%, viven en zonas con mayor dificultad acceso y con una densidad de población muy baja** como pueden ser los pueblos de la Sierra Norte, la Sierra Sur o el Sudeste de la Comunidad. El asegurar una equidad en los tiempos de respuesta a esta población es otro de los retos que afronta el diseño de este Plan.

El modelo Madrid es reconocido como un **referente a nivel internacional**, y tiene una **valoración muy positiva** por parte de la población de la C.M., por encima del 81% en los SUH y del 91% en el SUMMA112 en la última encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública. Esto no implica que no haya cuestiones que mejorar y retos que afrontar en los próximos años, de ahí la necesidad de desarrollar este Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la C.M., que **va a recoger tanto iniciativas que ya están en marcha de planes anteriores como nuevas iniciativas** que faciliten la consecución de una atención aún más excelente si cabe.

Como elemento diferencial a la hora de abordar la realización del presente Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias, está su **visión integral**, que se ha realizado pensando en el ciudadano, en las necesidades del mismo a lo largo de todo su proceso de atención, desde que accede al Sistema de Urgencias o Emergencias Sanitarias al identificar una necesidad hasta que es dado de alta y se le realiza, si fuese el caso, un seguimiento posterior de su proceso, pasando por la organización y coordinación de todos los dispositivos en los que es atendido.

Este Plan Director representa una **oportunidad para continuar mejorando la organización y la atención de la urgencia y la emergencia en la C.M.**, tomando como referencia que el paciente es el centro en el que pivotan las actuaciones sanitarias, coordinando los dispositivos de atención, orientándolos a la prevención y a la educación en el uso de recursos. De esta forma se han considerado como **elementos claves** para orientar el modelo a futuro las siguientes cuestiones:

- Orientar la organización hacia los pacientes, mejorando tanto la calidad experimentada como la percibida por los enfermos y sus familias.
- Disponer de dispositivos operando en línea con la Agencia de Seguridad y Emergencias y trabajando de forma conjunta y coordinada, activando el recurso más adecuado en cada momento.
- Concienciar tanto a los profesionales del SERMAS como a los pacientes que, ante una urgencia, el hospital no siempre debe ser la primera opción, pudiendo atenderse perfectamente en Atención Primaria muchos procesos asistenciales.
- Potenciar la prevención y la educación para la salud para evitar reatenciones innecesarias en urgencias, sobre todo de pacientes crónicos o mayores.
- Asegurar una continuidad y una atención integral entre dispositivos de urgencias, y en la atención médica y de enfermería.
- Impulsar alternativas a la hospitalización convencional, y mejorar la coordinación con la atención sociosanitaria y con los recursos de asistencia en cuidados prolongados de media y larga estancia.
- Incrementar la eficiencia del servicio de urgencias dotándolo de profesionales y equipos que hagan frente a la demanda y que se integren en redes de trabajo productivos y de calidad.
- Asegurar unos adecuados tiempos de espera, monitorizando los mismos, comparándolos entre distintos centros, y estableciendo mecanismos de ajuste que hagan que no se alarguen de manera innecesaria incluso en periodos de alta frecuentación.
- Tratar al paciente, incluso cuando llama por teléfono, de forma personalizada y humana.

En un proyecto de esta envergadura es imprescindible la dedicación, el apoyo y el compromiso de todos los profesionales del SERMAS, de ahí que para la definición del Plan Director se haya contado con el trabajo, el esfuerzo, el apoyo y la dedicación de **más de 100 profesionales** de nuestra red asistencial y de agentes externos que colaboran con nuestra organización en la resolución de emergencias sanitarias, organizados en **varios equipos de trabajo** cuya involucración y aportación han sido imprescindibles para poner en marcha esta iniciativa.

Todo ello ha permitido, a través de la metodología y de la sistemática establecida, **la definición de 7 líneas de actuación, 39 proyectos y 138 actuaciones**, muchas de ellas ya en marcha, que configuran este Plan Director.

El Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la C.M., que se desarrollará a continuación, seguirá el siguiente orden dando respuesta a un conjunto de cuestiones relevantes:

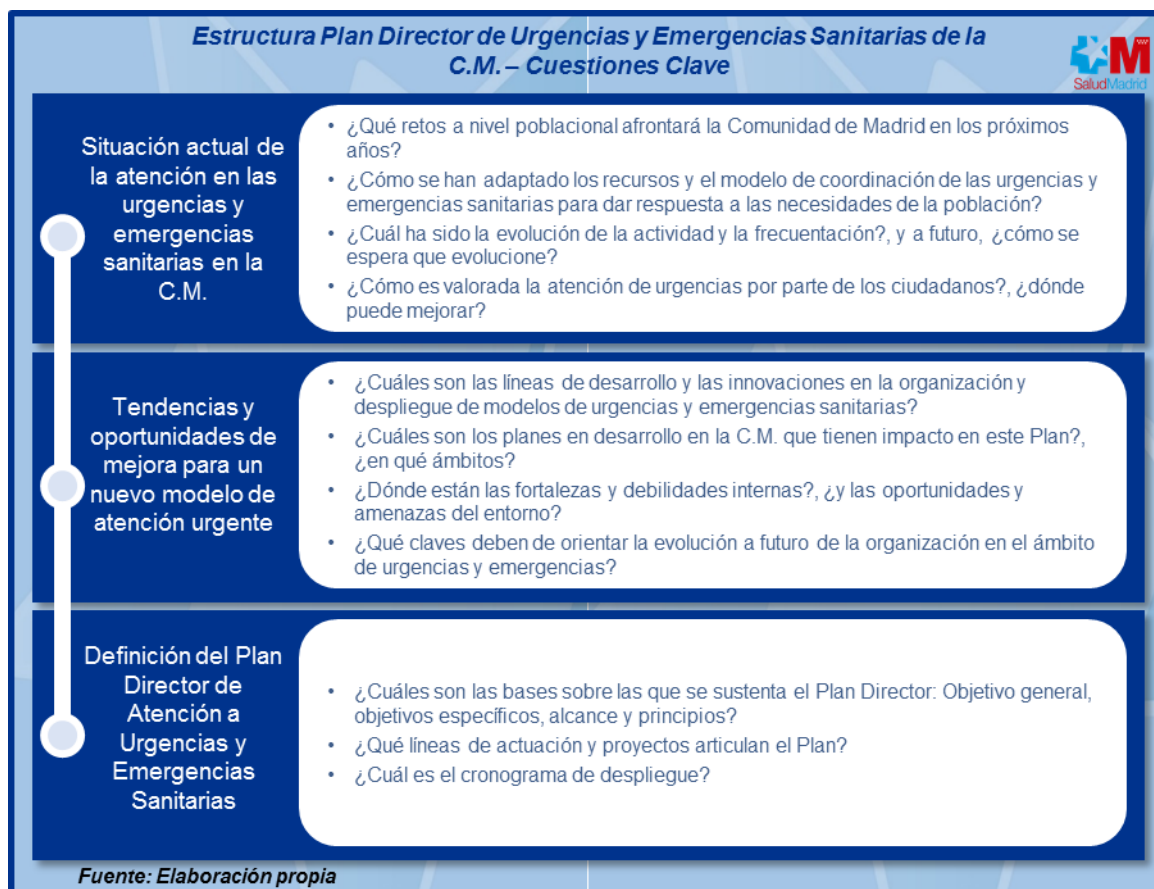


Figura 1. Estructura Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias de la C.M. - Cuestiones Clave

4 Situación actual de la atención en las urgencias y emergencias sanitarias en la Comunidad de Madrid

4.1 Evolución del perfil demográfico de la Comunidad de Madrid

La actividad asistencial y muy especialmente la demanda de urgencias y emergencias sanitarias son influidas de manera directa por el perfil poblacional, de ahí que realizar una adecuada evaluación de la población permite detectar las necesidades y medidas a desplegar para afrontar los retos en relación a la demanda, facilitando así una adecuada planificación de los recursos y una mayor calidad en la atención. Por ello, en el presente apartado se han tratado los siguientes aspectos demográficos en relación a la C.M.:

- **Evolución** de la población. Posibles crecimientos de la población en un corto espacio de tiempo generan cargas asistenciales difíciles de asumir e impide una adecuada planificación si no se prevé esta situación con anterioridad a que ocurra.
- **Envejecimiento** de la población. El proceso de envejecimiento al que se están viendo sometidas las sociedades occidentales está otorgando una relevancia cada vez mayor a las enfermedades crónicas, vinculadas típicamente a pacientes de edad avanzada y que en muchos casos son hiperfrecuentadores de las urgencias, debido a las múltiples recidivas que acaban padeciendo.
- **Densidad** de población. Una de las principales claves de la atención de urgencias y emergencias sanitarias es el tiempo de respuesta, el cuál debe ser lo mínimo posible en todo caso. Para ello, es fundamental una adecuada accesibilidad de la población y una proximidad a ella de los recursos de atención. En este sentido, la distribución y concentración de la población sobre el territorio, su densidad, son aspectos clave para una valoración adecuada de la planificación de los recursos.

4.1.1 Evolución de la población de la C.M.

A 1 enero de 2015 la **población** de la C.M. era de **6.385.298 personas**, lo que suponía un 13,75% del total de la población española [3] [4]. Por género, un 51,97% de los habitantes de la región son mujeres y un 48,03% hombres.

Entre 2006 y 2012, la población de la C.M. **creció en medio millón de personas**, a un ritmo interanual del 1,28%, debido esencialmente a la atracción de población de otras geografías, tanto a nivel nacional como sobre todo a nivel internacional [3] [4]. No obstante, desde 2012, máximo histórico de la serie de población en la comunidad, se produce un ligero descenso de la cifra total, reduciéndose el equivalente anual al 0,21% hasta 2015. Dicho cambio de tendencia se produce porque, manteniéndose un crecimiento vegetativo escaso, la crisis económica provoca un cambio drástico en el saldo migratorio, que pasa a ser negativo a partir de 2012 [3] [4].

La tendencia a nivel nacional ha descrito una evolución similar a la descrita en la C.M. La evolución de la población nacional en los 10 últimos años tiene una tendencia creciente hasta el año 2012 (CAGR: 1,04%). A partir de 2012 la evolución de la población decrece en un 0,26%, por las mismas causas descritas en el caso de la C.M. [3] [4].

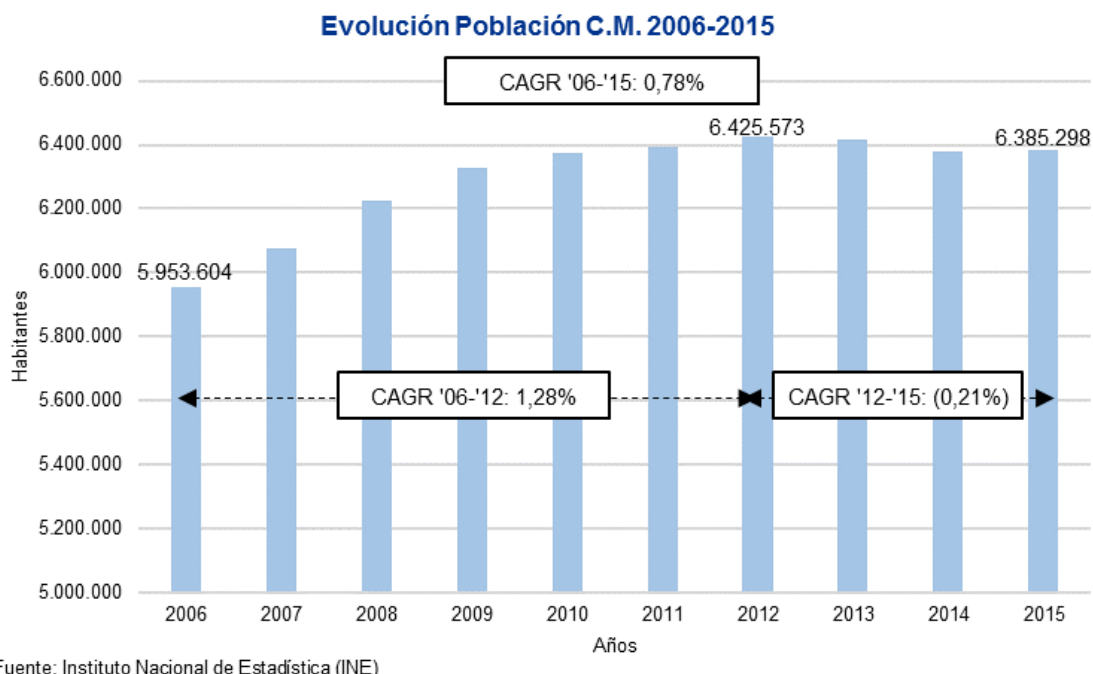


Figura 2. Evolución de la Población de la C.M. 2006-2015

En los **próximos 10 años** se espera que el número de habitantes de la C.M. se mantenga **estable**, presentando un crecimiento interanual de apenas el 0,11%, lo que en términos totales supone un aumento de 63.170 personas en 2024 con respecto a los datos a 1 de enero de 2015 [4].

Así pues, dado que la evolución de la población se espera que sea prácticamente plana durante los próximos años, el crecimiento de la población no debería ser un factor relevante en la evolución de la demanda de urgencias en el futuro próximo. Sin embargo, dado el significativo incremento de población que se produjo hasta 2012, puede ser necesario revisar la dotación de dispositivos disponibles para garantizar su adecuación para mejorar la cobertura de la demanda actual.

4.1.2 Envejecimiento de la población de la C.M.

La esperanza de vida en España al nacimiento se encuentra entre las más altas del mundo, siendo en 2013 la segunda más elevada de entre los países de la OCDE sólo por detrás de Japón. A nivel de la C.M., la **esperanza de vida al nacimiento de la población se encuentra entre las más altas de España**, situándose en 2014 en los 84,29 años de media, frente a los 82,94 años de la media nacional [4].

No obstante, a corto y medio plazo y desde el punto de vista de la posible demanda asistencial, es aún más importante valorar la esperanza de vida a los 65 años, ya que en 2009 un 25% aproximadamente de los pacientes atendidos en urgencias pertenecían a la tercera edad [4], por lo que la esperanza de vida a partir de los 65 años y el eventual crecimiento de este grupo puede llevar asociado de un modo más o menos directo una mayor demanda del servicio de urgencias.

En el caso de la C.M., la **esperanza de vida a los 65 años era de 22,15 años** en 2014, **1,57 años más que en 2006**. La progresión de este indicador durante dicho período, aumentando o manteniendo año a año la esperanza de vida del año precedente, ha permitido ampliar la diferencia con el valor nacional en 0,33 años desde 2006 [4], de modo que en la actualidad la diferencia entre ambos valores es de 1,03 años, a favor de la C.M.

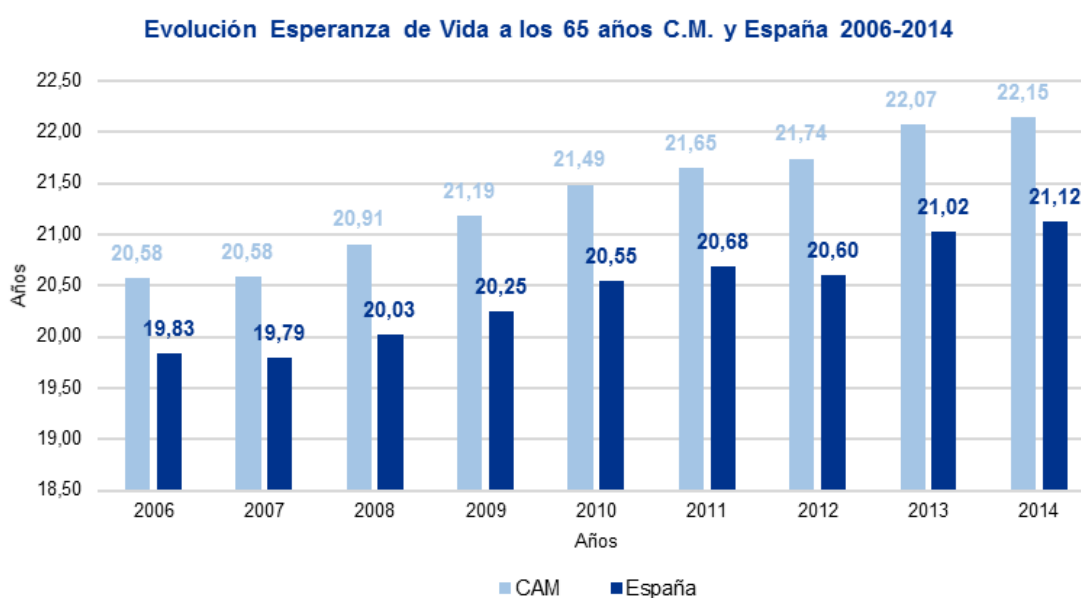


Figura 3. Evolución de la Esperanza de Vida a los 65 años de la C.M. y España

De este modo, se unen contemporáneamente dos factores muy relevantes:

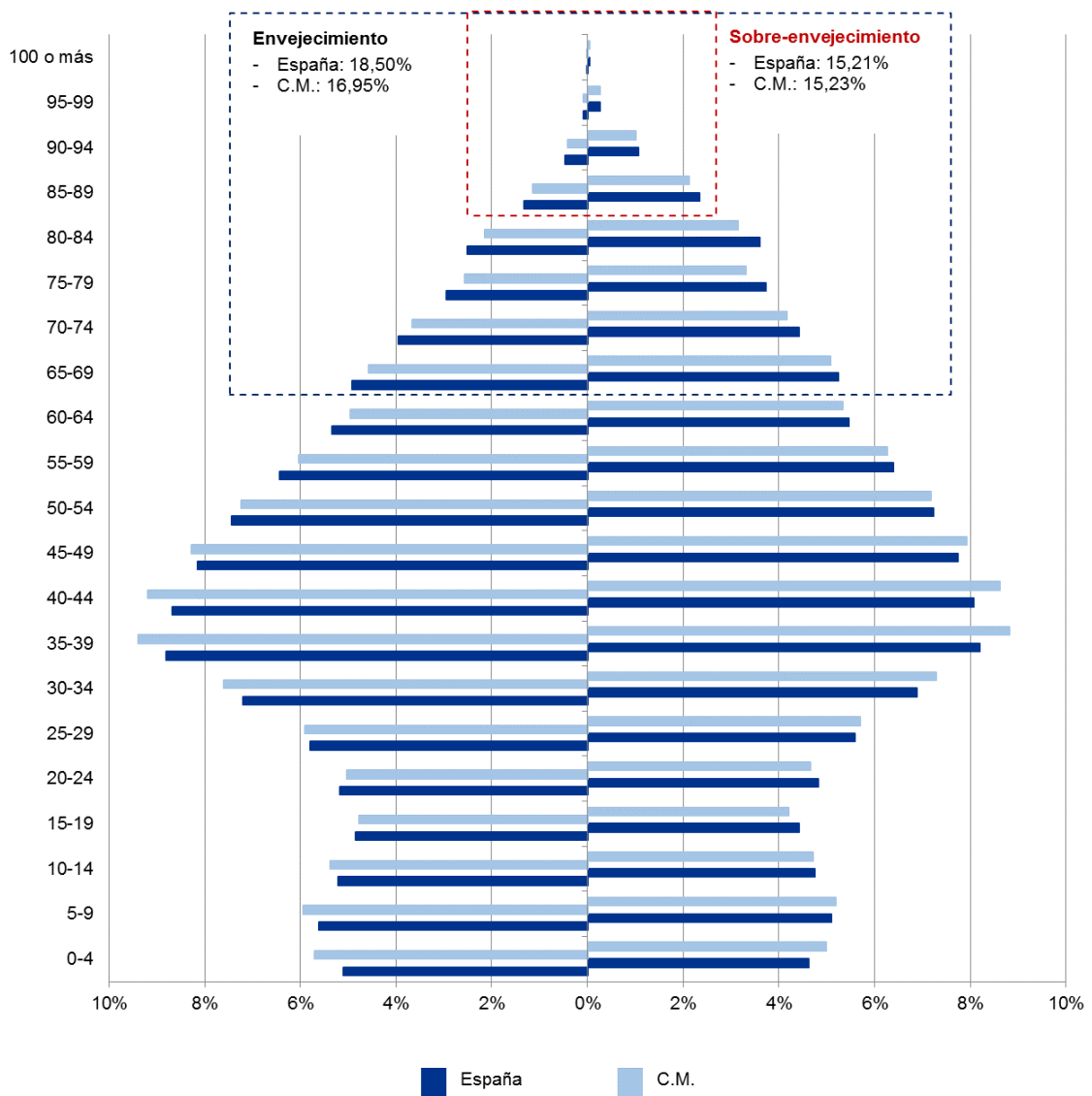
1. Una elevada esperanza de vida aún en progresión creciente.
2. La estabilización del volumen de la población, debido a su vez a:
 - Un saldo migratorio negativo o neutro en el mejor de los casos.
 - Un crecimiento vegetativo escaso o incluso negativo.

Dichos factores configuran un panorama de envejecimiento progresivo de la población de la región que a **1 de enero de 2015** implica que aproximadamente **1 de cada 6 personas en la C.M. tiene 65 o más años**, situando el índice de envejecimiento (población de la tercera edad sobre el total de población) en el 16,95% [3] [4].

Si atendemos al índice de sobre-envejecimiento, es decir, el peso de la población de 85 o más años con respecto al total de población con 65 o más años, éste se situaba en el 15,23% en 2015 para la región [3] [4].

Comparando con los valores de dichos índices en el conjunto de España, podemos comprobar que la sociedad madrileña presenta un menor envejecimiento que la estatal, situándose el índice de envejecimiento regional 1,55 p.p. por debajo del índice español, que alcanza el 18,50%. Sin embargo, si se comparan los índices de sobre-envejecimiento, los valores son muy similares, con el conjunto de España presentando un valor del 15,21%, una variación escasamente de 0,02 p.p. [3] [4].

Pirámides de población de España y C.M. a 1 de enero de 2015 e índices de envejecimiento y sobre-envejecimiento



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Figura 4. Pirámide de Población de la C.M. y España

Si se analiza la evolución histórica, entre los años 2006 y 2015 el índice de envejecimiento ha aumentado 2,66 p.p. Mientras tanto, durante ese mismo período, la evolución del **índice de sobre-envejecimiento ha seguido un crecimiento aún más acentuado**, incrementándose en 4,24 p.p. hasta el 15,23% en ese mismo año [3] [4].

Aunque a diferente ritmo, se espera que ambos índices continúen creciendo. Así, el índice de envejecimiento debería superar la barrera del 20% y situarse en 2024 en el 20,64%, es decir, un crecimiento de 3,69 p.p. según las proyecciones disponibles [4].

En ese mismo año, 2024, el índice de sobre-envejecimiento se prevé que se sitúe en el 17,78%, 2,55 p.p. más que en 2015. La diferencia de evolución en este período entre el índice de envejecimiento y el de sobre-envejecimiento es meramente contextual y está relacionado con la incorporación al grupo de 85 o más años de la población nacida durante la Guerra Civil española [3] [4].

El proceso de envejecimiento de la población es un hecho, con un crecimiento sostenido durante los últimos años. Se prevé que este proceso demográfico continúe a un ritmo similar en el futuro próximo, hasta hacer que **1 de cada 5 personas de la C.M. tengan más de 65 años en 2024** [4].

**Evolución Índices de Envejecimiento y Sobre-envejecimiento de la C.M.
2006 - 2024**

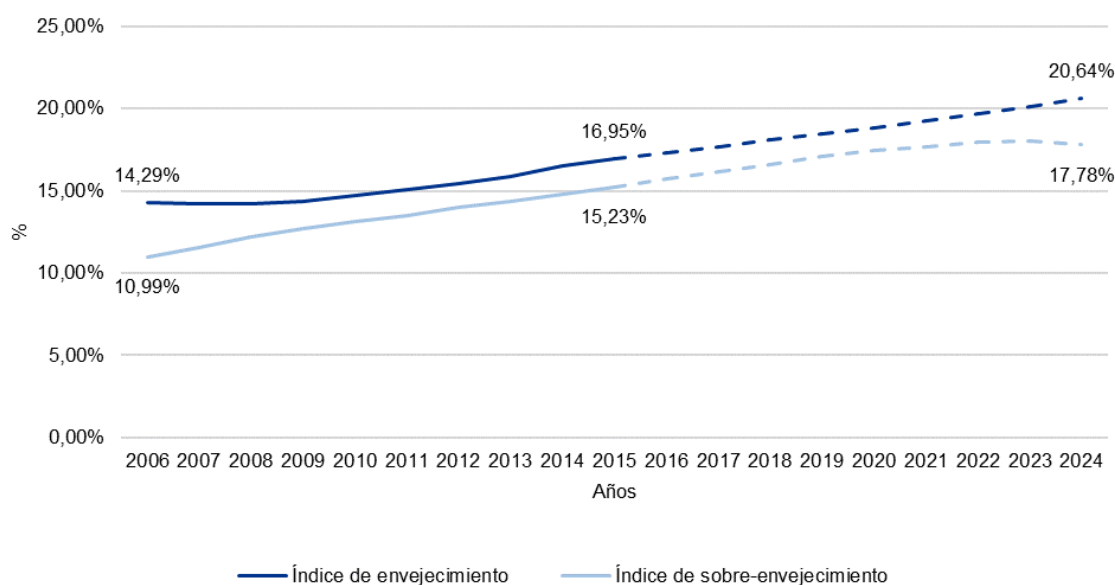


Figura 5. Evolución Índice Envejecimiento y Sobre-envejecimiento de la C.M. 2006-2024

Esta situación está provocando ya en la actualidad una notable preocupación en el ámbito sanitario por el impacto creciente de las enfermedades crónicas en la actividad asistencial [5] [6],

impacto que a tenor de la evolución demográfica que dictan los diferentes factores analizados, se verá agravado en los próximos años.

4.1.3 Densidad y concentración de la población en la región

A 1 de enero de 2015, la C.M. presentaba una densidad de población media de 802,44 hab. /km². Se trata de una **densidad muy por encima de la media española**, la cual se sitúa en 92,04 hab. /km², siendo la más alta entre el conjunto de CC.AA., casi tres veces mayor que la densidad por ejemplo de la población del País Vasco, segunda en dicho ranking [3] [4].

La densidad de población de la región se ve ampliamente condicionada por el hecho de que la **población se concentra principalmente en la ciudad de Madrid y en su área metropolitana**. Así, sólo la ciudad de Madrid suponía un 48,81% del total de los habitantes de la comunidad a 1 de enero de 2015, con una densidad de población de 5.186,77 hab./km² [3] [4].

Este dato se ve reforzado al considerar que la C.M. es la segunda comunidad autónoma con más municipios por encima de los 100.000 habitantes en 2015, 10 en total, junto con Cataluña y sólo por detrás de Andalucía. Todo ello a pesar de que la superficie de la C.M. es apenas una décima parte de la de la región andaluza y una cuarta parte de la catalana.

Densidad de población C. M. por municipio 2015

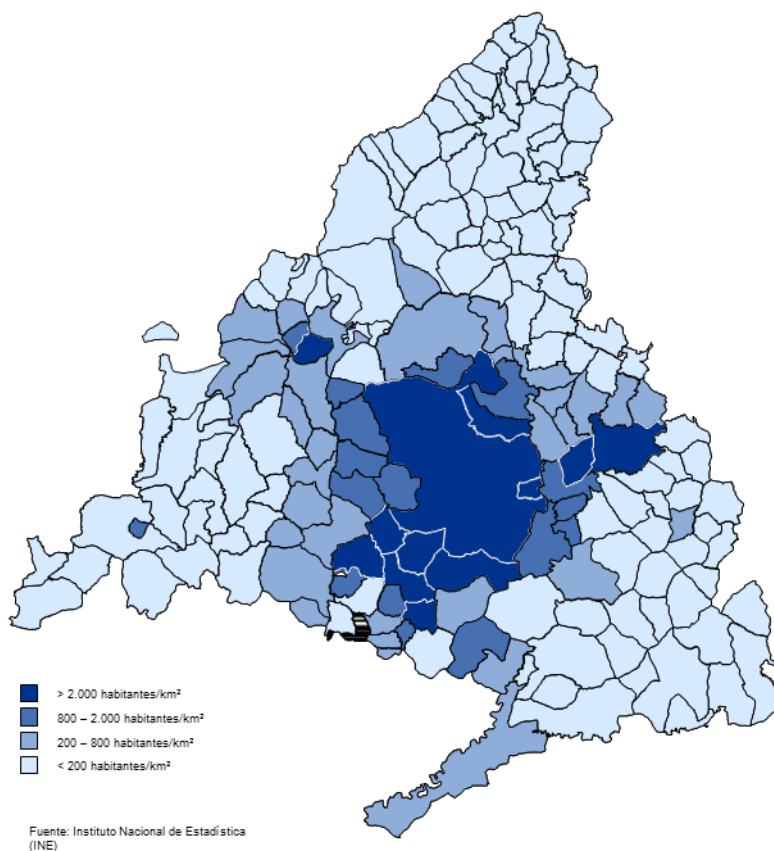


Figura 6. Densidad de población de la C.M. por municipio en 2015

Si por el contrario analizamos las zonas con menor concentración de población, y atendiendo a la zonificación empleada por el Instituto Estadístico de la C.M., las zonas de la **Sierra Norte y de la Sierra Sur, así como el Sudeste de la Comunidad** concentran un porcentaje muy bajo de la población, con una **densidad muy por debajo incluso de la media nacional**.

Zona estadística	Nº municipios	% población	% superficie	Densidad
Sierra Norte	44	0,63%	16,79%	30,00 hab./km ²
Sierra Sur	14	0,53%	9,25%	45,99 hab./km ²
Sudeste Comunidad	33	1,60%	18,08%	70,97 hab./km ²
Subtotal zonas con baja densidad demográfica	91	2,76%	46,88%	50,15 hab./km ²
Total C.M.	179	100%	100%	802,44 hab./km ²

Fuente: INE, Instituto Estadístico de la C.M.

Figura 7. Datos demográficos de las zonas estadísticas con menor densidad de población

Así, la C.M. presenta dos perfiles de población muy diferenciados, con una notable concentración urbana en el centro entorno a la ciudad de Madrid, y varias zonas, singularmente en los extremos norte, sudoeste y sudeste de la región, con población muy dispersa y con una densidad muy por debajo de la media autonómica. Esta diferencia acusada de distribución de la población sobre el territorio es un elemento clave a considerar de cara a planificar y zonificar los recursos de atención de urgencias y emergencias sanitarias sobre el territorio, de cara a poder garantizar la equidad en el acceso a los mismos, en el menor tiempo posible.

4.2 Dotación y funciones de los recursos de la Urgencia

4.2.1 Niveles de atención de urgencias y emergencias de la C.M.

La atención de urgencias y emergencias sanitarias da respuesta a una **gran variedad de situaciones** en las que influyen múltiples factores: tipo de atención requerida, ubicación del paciente, accesibilidad del paciente o de los recursos de atención, etc. Esta diversidad implica la **necesidad de disponer de distintos dispositivos para dar una respuesta global eficaz**, para lo que es fundamental una buena coordinación.

Dichos dispositivos se estructuran de acuerdo a dos niveles [7]:

- **Atención Extrahospitalaria:** en este nivel se incluyen los recursos que posibilitan una atención más próxima al ciudadano y en la que se tratan tanto situaciones de urgencias como de emergencias. Los recursos ubicados en este nivel pueden dividirse en función de su tipología en:



- *Dispositivos móviles:* orientados a la atención in situ del paciente. Estos dispositivos se movilizan o bien desde otros recursos o a través de la llamada a un teléfono de urgencias y emergencias sanitarias, siempre que así se considere oportuno de acuerdo a la valoración de la situación descrita por quien realiza la llamada. Debido a las múltiples variables que pueden implicar el acceso al paciente y las necesidades del mismo, la variedad de recursos y dispositivos de atención en este nivel es elevada, diferenciando



- Transporte sanitario urgente.
- UVI móvil.
- Vehículo de Intervención Rápida (VIR).
- Unidad de Asistencia Domiciliaria (UAD).
- Helicópteros.
- Otros.



- *Servicios de urgencias en centros de atención:* su objetivo es la atención de las urgencias fuera del horario habitual de los centros de salud¹, pudiendo identificarse dos tipos de dispositivos distintos a los que puede acceder directamente el paciente, en función de su ubicación:

- Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).
- Los Servicios de Urgencias de Atención Rural (SAR).



En este nivel, los SUAP son gestionados por el SUMMA 112. Dicho servicio se encuentra adscrito al SERMAS, y cuenta con una gerencia propia. Entre sus funciones, cabe destacar también la gestión del transporte sanitario no urgente.

La Gerencia de Atención Primaria gestiona todos los dispositivos rurales tipo SAR.

- *El Centro de Urgencias Extrahospitalarias (CUE):* es un tipo de centro abierto las 24h del día durante todo el año, que cuentan con servicios de Radiología y Laboratorio y sala de observación monitorizada.

¹ El paciente puede tener una urgencia para la que acuda a su centro de salud durante el horario de apertura del centro o bien le concedan una cita para el mismo día. No obstante, en tal caso, no se considera dentro de las estadísticas como atención urgente.



- **Atención Hospitalaria:** desde el punto de vista de la atención urgente, este nivel lo integran los servicios de urgencias hospitalarios. Dichos servicios están equipados para la realización de pruebas complementarias de mayor complejidad que los dispositivos de Extrahospitalaria, empleando para ello los recursos de los que dispone el propio hospital. El acceso a estos servicios lo puede realizar el paciente directamente o bien ser trasladado por un dispositivo móvil de Atención Extrahospitalaria.



Además de estos dos niveles de atención, en la atención sanitaria se cuenta con el **apoyo también de los agentes de Protección Civil vinculados a los Ayuntamientos:** SAMUR, SAMER, etc. Estos agentes actúan en función de la zona geográfica y del tipo de emergencia detectada. **Adicionalmente**, en la asistencia en emergencias se cuenta con la **involucración de otros agentes**, en función de la naturaleza y características de cada emergencia: bomberos, policía, etc. La activación de este tipo de recursos se lleva a cabo a través del centro de coordinación de llamadas, el 112 [8] [9].

Teniendo en cuenta la variedad y diversidad de dispositivos disponibles para la actuación, la coordinación de todos ellos es fundamental para procurar que en todo momento se atienda al paciente con los dispositivos más adecuados para ello. Para lograr este objetivo, uno de los elementos clave es el **centro de atención de llamadas de urgencias y emergencias sanitarias** del que dispone la C.M.



El **112** deriva las solicitudes de atención a los múltiples agentes implicados: SUMMA112, Protección Civil, Policía, etc.

El SUMMA 112 dispone de una regulación médica para diferenciar en la medida de lo posible la urgencia de la emergencia sanitaria. También dispone de enfermería implicada entre otras situaciones en la activación de códigos y locutores destinados a la movilización de recursos.

Las llamadas a estos centros pueden ser realizadas tanto por los pacientes/ciudadanos como por el resto de agentes implicados en la atención de urgencias y emergencias sanitarias. En cualquier caso, se prevé que en breve se apruebe la creación de la **Agencia de Seguridad y Emergencias de la C.M.**, que refuerce la coordinación actual entre todos los agentes implicados.

4.2.2 Dispositivos móviles de atención de urgencias y emergencias de Atención Extrahospitalaria

Los dispositivos móviles de atención de urgencias y emergencias sanitarias dependientes de la Consejería de Sanidad son gestionados por el SUMMA 112 y se estructuran de acuerdo a las siguientes tipologías de recursos conforme al Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario **por carretera:**

- **Transporte Sanitario Urgente (TSU) - Terrestre:** su función es llevar a cabo el traslado de un paciente al servicio de urgencia del centro sanitario correspondiente o, en su caso, trasladar el paciente entre dos centros sanitarios (p.ej. hacia un centro sanitario con mayor capacidad para tratar la condición del paciente). Las diferentes tipologías de ambulancia existentes son las siguientes:
 - Ambulancias clase A1: para traslado individual de pacientes.
 - Ambulancias clase B: para el traslado individual de pacientes que requieren cuidados técnicos en ruta (se identifican como ambulancias de SVB o de Soporte Vital Básico).
 - Ambulancias clase C: para el traslado individual de pacientes que requieren cuidados sanitarios en ruta.
 - Soporte Vital Intermedio (SVI): con cuidados de enfermería.
 - Soporte Vital Avanzado (SVA) o UVI móvil: con cuidados de médico y enfermería.
- **Transporte Sanitario Urgente (TSU) - Aéreo:** para el traslado de pacientes que requieren cuidados de Soporte Vital.
 - Helicóptero Sanitario: con SVA (equivalente a una UVI móvil).
- **Recursos de apoyo logístico a los recursos asistenciales:**
 - Módulo de Intervención Rápida o Cambión de Catástrofes.
 - Vehículo Especial de Catástrofes, Vehículo de Coordinación de Trasplantes, Neonatal, etc.
- **Unidad de Asistencia Domiciliaria (UAD):** permite el desplazamiento de un médico o enfermero al domicilio del paciente, cubriendo necesidades en general de atención de baja y media complejidad fuera del horario de los centros de salud.
- **Vehículo de Intervención Rápida (VIR):** es un vehículo dotado de un equipamiento similar al de una UVI móvil, aunque sin capacidad de traslado del paciente, orientado a realizar asistencia “in situ” de urgencias y emergencias sanitarias rápidamente. Cuenta con una dotación de Médico, DUE y Técnico en Emergencias Sanitarias.

En la tabla adjunta se indica la dotación de la C.M. para cada tipo de recurso (dispositivos móviles, soporte vital intermedio, unidades de asistencia domiciliaria, otros dispositivos) así como su horario de atención [7]:

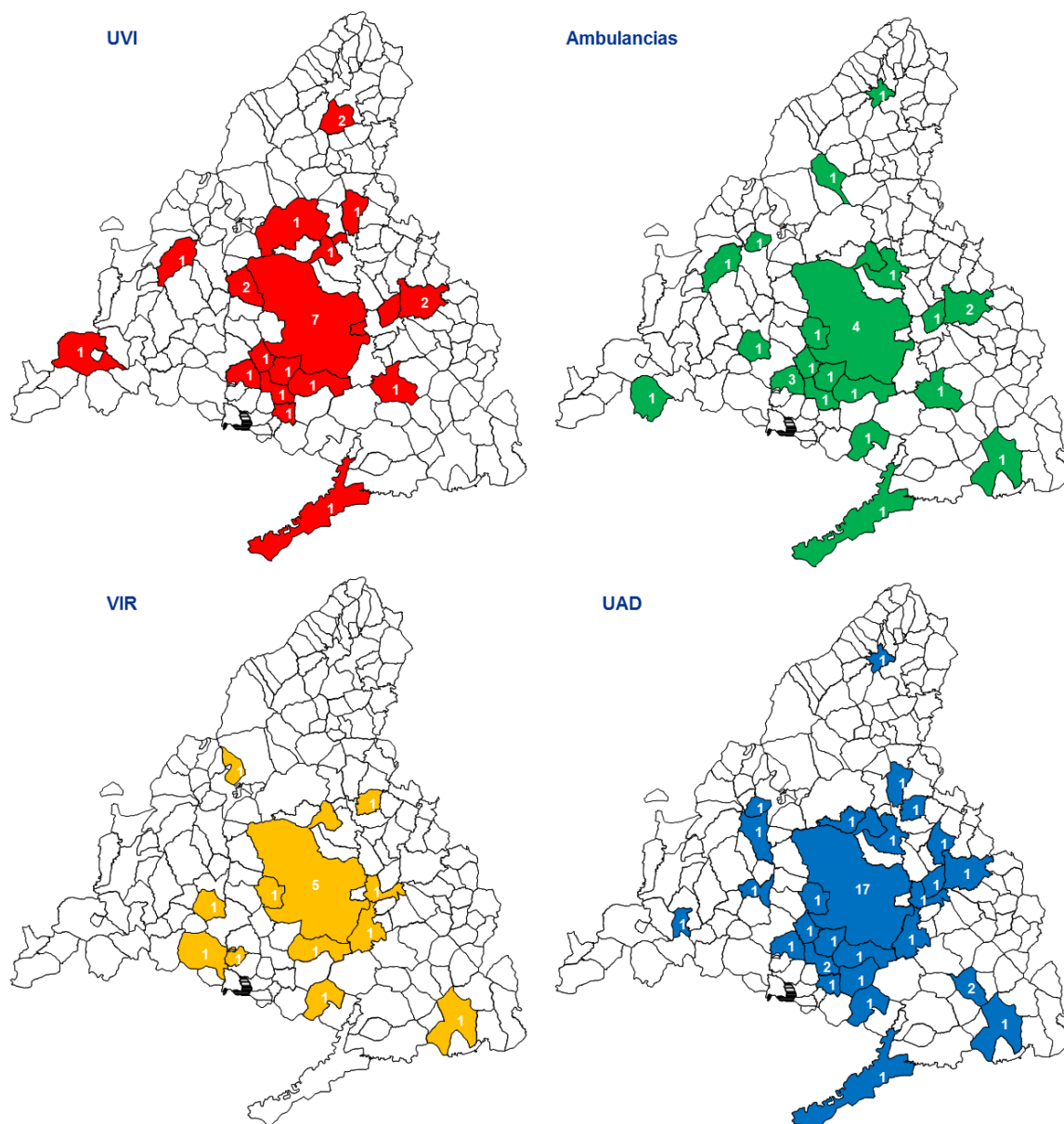
Recurso Asistencial	Total Unidades	Horario	
		L-V	S-D, Festivos
Dispositivos móviles			
UVI móvil	26	24 H	24 H
Resto Ambulancias TSU	95	24 H	24 H
VIR	16	8:30 H - 20:30 H	8:30 H - 20:30 H
Helicóptero	2	Orto - Ocaso	Orto - Ocaso
Soporte Vital Intermedio			
SVI 1	1	8:00 H - 20:00 H	-
SVI 2	1	10:00 H - 22:00 H	-
Unidades de Asistencia Domiciliaria			
UAD médica urbana	34	20:30 H - 8:30 H	24 H
UAD médica rural	4	16:00 H - 9:00 H	24 H
UAD médica refuerzo	10	-	8:30 H - 20:30 H
UAD enfermería urbana	3	20:30 H - 8:30 H	24 H
UAD enfermería rural	4	16:00 H - 9:00 H	24 H
UAD enfermería refuerzo	2	-	8:30 H - 20:30 H
Otros dispositivos			
Módulo Intervención Rápida	1	24 H	24 H
Vehículo Especial Catástrofes	1	24 H	24 H
Trasplantes Sanitarios	1	24 H	24 H
Vehículo Transporte Neonatal	1	24 H	24 H

Fuente: memoria SUMMA 112, 2015

Figura 8. Dotación y horario de atención de los dispositivos móviles de Atención Extrahospitalaria

Desde una perspectiva de gestión y planificación sanitaria, la distribución de los dispositivos móviles se realiza en función del cálculo de isócronas, para poder contrastar el espacio geográfico cubierto desde su emplazamiento con una perspectiva temporal. A continuación, se recoge la ubicación habitual de los dispositivos móviles más relevantes por número de dispositivos [7].

Número y ubicación de los dispositivos móviles terrestres de atención de urgencias y emergencias – UVI, Ambulancias, VIR, UAD



Fuente: Memoria SUMMA112, 2015

Figura 9. Número y ubicación de los dispositivos móviles terrestres de atención de urgencias y emergencias sanitarias – UVI, Ambulancias, VIR y UAD

Cabe destacar que, si bien los dispositivos terrestres suelen contar con un emplazamiento prefijado, existe un volumen de dispositivos móviles cuya ubicación varía en función de las necesidades previstas (p.ej. espectáculos, eventos, manifestaciones, etc.).

4.2.3 Servicios de urgencias sanitarias en centros de atención

En el nivel de atención extrahospitalaria, además de los dispositivos móviles, se sitúan también los servicios de urgencias que se prestan en los centros de salud de Atención Primaria (AP). De acuerdo a su ubicación se identifican: SUAP y SAR. A estos podemos sumar otro tipo de dispositivo más especializado, el CUE.

- **SUAP:** dan cobertura de urgencias de AP en centros de salud ubicados en el área metropolitana de Madrid. El horario de atención de todos ellos es de 20:30 a 8:30 de lunes a viernes y 24h los días festivos. Los SUAP son gestionados por el SUMMA 112.
- **SAR:** prestan atención de urgencias en centros de salud fuera del área metropolitana de Madrid. Así, son similares a los SUAP tanto en objetivo como en horario de atención. La gestión de los SAR se realiza desde la gerencia de Atención Primaria del SERMAS.
- **CUE:** es un tipo de centro abierto las 24 horas al día durante todo el año, adicionalmente a los recursos habituales de un centro de salud. En la actualidad existe un único centro de este tipo, sito en El Molar. Su gestión es realizada por el SUMMA 112.

En la actualidad la distribución territorial de SUAP, CUE y SAR es la recogida en la siguiente figura² [7].

Ubicación de los SUAP, CUE y SAR en la C.M.

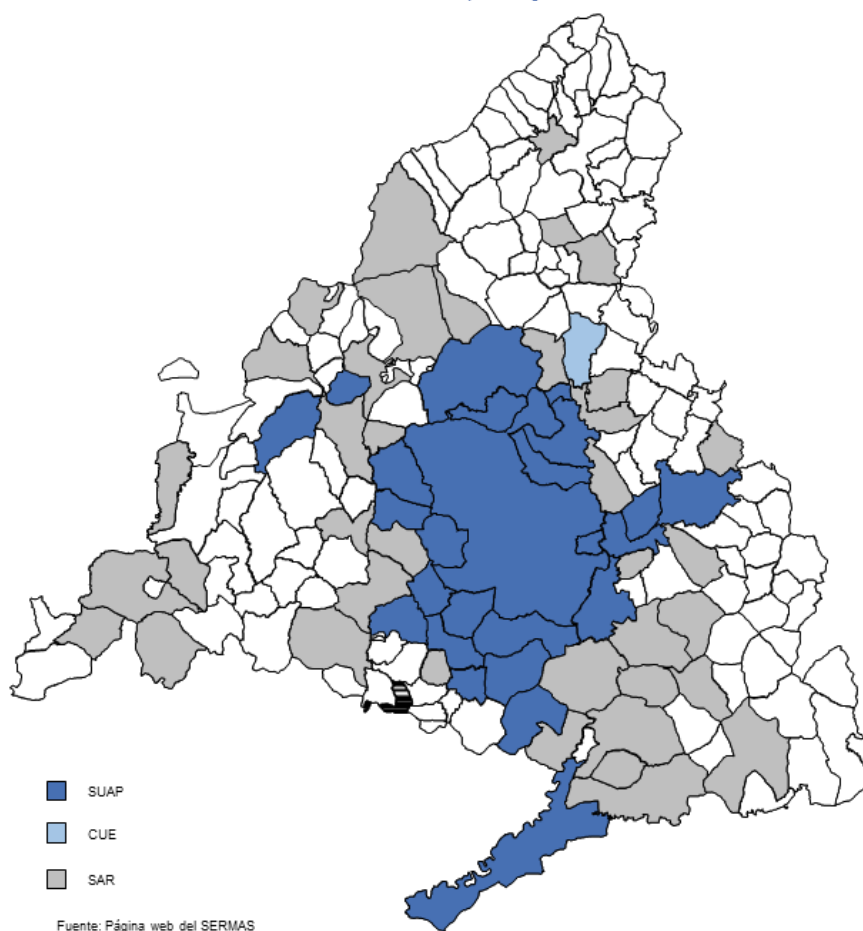


Figura 10. Ubicación de los SUAP, CUE y SAR en la C.M.

² En la Ciudad de Madrid existen 14 SUAP. El resto de municipios cuentan sólo con un recurso de entre los indicados, ya sea este SUAP, CUE o SAR.

4.2.4 Dispositivos de atención de urgencias y emergencias de Atención Hospitalaria

La atención hospitalaria de urgencias y emergencias sanitarias se lleva a cabo a través de las Urgencias Hospitalarias (UH). Los servicios de urgencias hospitalarios, debido a las especiales características de la atención que prestan, presentan una serie de aspectos comunes claves para entender su actividad y el marco actual de prestación de los servicios. Algunas de las principales características se destacan a continuación:

Instalaciones y ubicación:

- Estos servicios deben estar ubicados en zonas bien diferenciadas que faciliten su **actividad las 24 horas del día**.
- El emplazamiento de las UH debe ser accesible tanto para las personas (pacientes, entorno) como para el transporte sanitario (UVI móviles, ambulancias). Este aspecto incluye tanto la supresión de barreras arquitectónicas como la señalética necesaria para facilitar su identificación.
- Las instalaciones deben estar plenamente adaptadas a las necesidades del proceso de atención, en materias como:
 - Ubicación del área de admisión de urgencias a la entrada del servicio.
 - Disponibilidad de un área de triaje y clasificación de pacientes.
 - Presencia de una sala/box para la atención de pacientes críticos, que requieran asistencia inmediata con riesgo vital.
 - Existencia de sala de agudos, para su eventual hospitalización y de un área diferenciada para la realización de aislamientos.
 - Adecuación de los espacios para facilitar la intimidad del paciente en la atención.
 - Existencia de salas para la información a los acompañantes y duelo.

Un mayor detalle a este respecto se encuentra en la Orden de 11 de febrero de 1986, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se desarrolla el decreto 146/1985, de 12 de diciembre, de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

- Desde el punto de vista del mobiliario, junto a todo el aparataje necesario, es destacable la presencia de carros RCP (Reanimación Cardio Pulmonar), que permitan dar respuesta a las situaciones de emergencia vital que así lo requieran.

Organización del servicio y profesionales:

- La organización del servicio consta de personal propio para la atención urgente.
- Frecuentemente existen **servicios de urgencias diferenciados** (o áreas dentro de las urgencias generales) para psiquiatría, pediatría, obstetricia y ginecología, traumatología, oftalmología y otorrinolaringología, ya sea por las características específicas de

tratamiento de los pacientes ya sea por su relevancia en el conjunto de urgencias atendidas.

- Si bien una parte significativa de los profesionales de este tipo de servicios son profesionales en período de formación, la elevada y creciente demanda de estos servicios y el perfil específico que requiere esta actividad necesita de un profesional con elevadas dosis del control emocional, la capacidad técnica para la atención de un elevado número de situaciones de distinto grado de complejidad y criticidad y una adecuada coordinación con el resto de servicios del hospital.
- La **interconsulta** con el resto de servicios del hospital para el diagnóstico y la atención adecuada de los casos que requieran la participación del especialista correspondiente es un elemento clave para la garantía de una atención eficaz y eficiente del paciente de urgencias.
- Para la **atención de pacientes de alta complejidad** (ictus, politraumatismos, síndrome coronario agudo, etc.) se requiere la definición de procesos específicos y exigen una elevada coordinación entre los agentes implicados, tanto internos del hospital (otros servicios y unidades) como con el resto de los agentes de la atención (unidades móviles, hospitales de referencia, etc.).

En la siguiente figura se muestra la ubicación en la C.M. de los centros hospitalarios públicos con servicio de UH, diferenciando según el nivel de complejidad recogido en el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud ³ [7]. Así los hospitales se clasifican según:

- Alta complejidad: hospitales cuya cartera de servicios incluye especialidades avanzadas que requieren de alta tecnología para su desarrollo y que actúan de referencia para la población asignada a otros hospitales de media y baja complejidad.
- Media complejidad: hospitales con una cartera de servicios que cubre todas las especialidades médico quirúrgicas básicas y de área.
- Baja complejidad: hospitales con una cartera de servicios básicos que sirven de apoyo a los hospitales de media complejidad en la población de proximidad.

³ Los hospitales considerados dentro de la categoría de "Otros" son el Hospital Dr. Rodríguez Lafora, un centro psiquiátrico polivalente, y el Hospital Universitario Santa Cristina, considerado un centro de apoyo al resto de la red pública.

Ubicación de los hospitales por nivel de complejidad en la C. M.

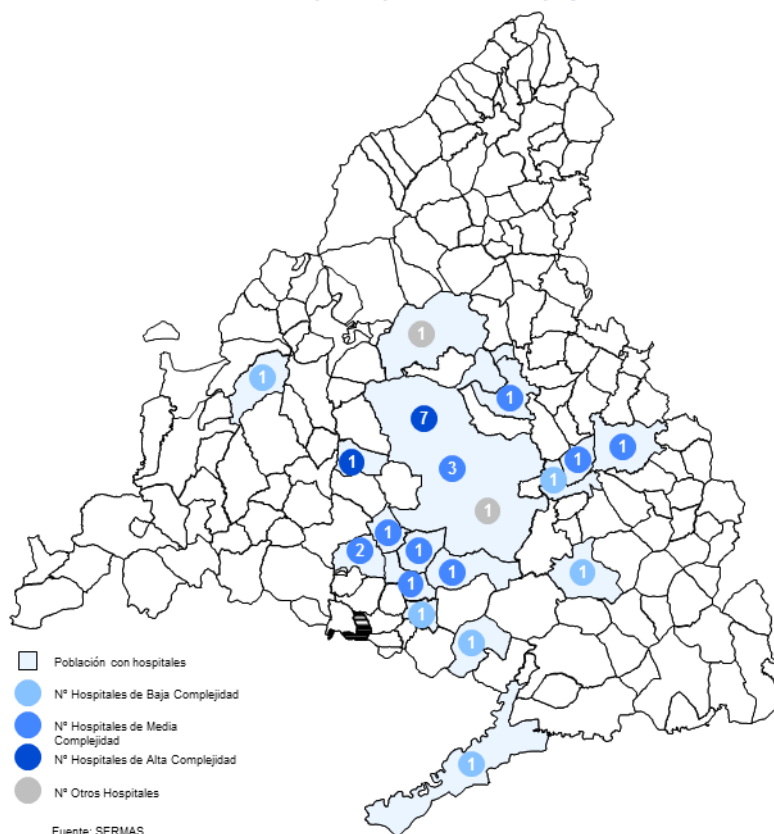


Figura 11. Ubicación de los hospitales por nivel de complejidad en la C.M.⁴

4.2.5 Isócronas de los dispositivos de urgencias y emergencias de la C.M.

Las isócronas permiten conocer la accesibilidad de un determinado punto dentro de un rango temporal prefijado. Aplicado al conjunto de los dispositivos móviles de atención, permiten establecer el tiempo máximo previsto hasta poder asistir in situ a los pacientes.

Según la ubicación habitual de los dispositivos móviles indicados, **el 98,70% de la población** de la C.M. tiene **cobertura para la atención sanitaria urgente y de emergencia en un rango de tiempo no superior a los 20 minutos**, en condiciones normales.

⁴ Este mapa incluye todos los hospitales para los cuáles se ha registrado al menos una urgencia en 2015. Ello excluye otros hospitales dependientes del SERMAS como el Hospital Carlos III, el Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, el Hospital La Fuenfría, el Hospital Virgen de la Torre y el Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain.

Isócronas terrestres de los dispositivos móviles del SUMMA 112

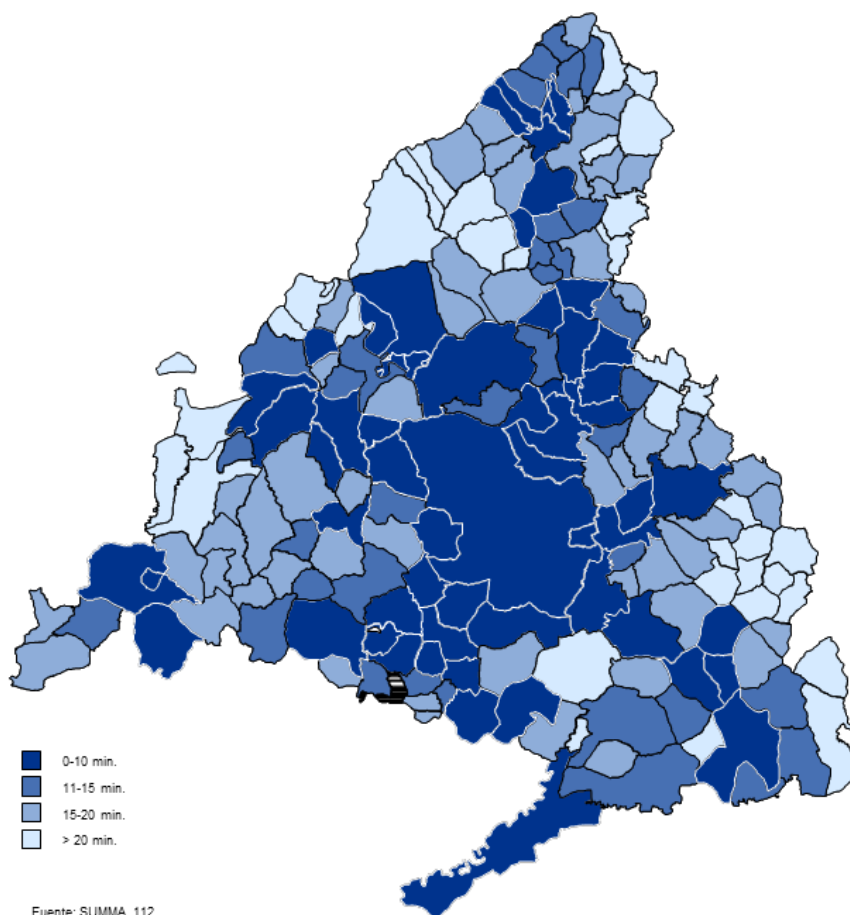


Figura 12. Isócronas terrestres de los dispositivos móviles del SUMMA 112.

4.3 Actividad de urgencias

El Servicio Madrileño de Salud ha realizado durante el año 2015 **4.652.725 atenciones de urgencias y emergencias sanitarias**⁵ a través de los distintos dispositivos que pone a disposición de los ciudadanos de la C.M.⁶ [7]. Este número es el equivalente a que 3 de cada 4 habitantes de la C.M. fueran atendidos de una urgencia o emergencia durante 2015. (no tiene en cuenta que un mismo ciudadano puede tener múltiples interacciones con el sistema).

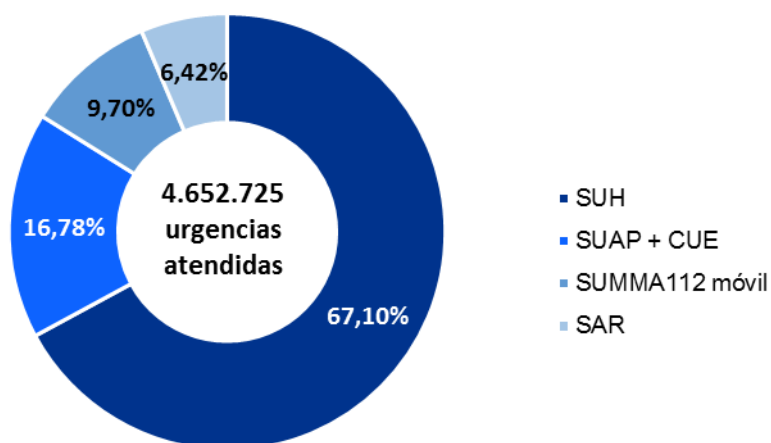
⁵ Una atención se entiende como un paciente atendido por dispositivo. P.ej. un paciente atendido por una ambulancia (SUMMA 112 móvil) que posteriormente es trasladado a un centro hospitalario (SUH) es contado dos veces.

⁶ Esta cifra incluye solo atenciones presenciales de pacientes por dispositivos del SERMAS. Por lo tanto, no recoge ni llamadas a los centros de coordinación de urgencias y emergencias ni la atención de otros recursos (p.ej. de Protección Civil).

De acuerdo a la información disponible, **dos de cada tres urgencias son atendidas a través de los Servicios de Urgencias Hospitalarias** (en total, un 67,10%). Este dato contrasta con el apenas 23,20% que suman las urgencias atendidas en los SUAP y los SAR, servicios orientados a las urgencias de menor complejidad. En definitiva, por cada urgencia atendida en SUAP o SAR se atienden 3 urgencias en SUH, los cuáles deberían ser los recursos a emplear en última instancia, a acudir sólo en casos más complejos⁷ [7].

Además, una de cada diez urgencias atendidas lo fueron a través de dispositivos móviles del SUMMA 112: UVI móvil, helicóptero, etc. [7]

Urgencias atendidas por dispositivo del SERMAS en 2015



Fuente: Observatorio Madrileño de Salud, Memoria 2015 SUMMA112, Gerencia Atención Primaria

Figura 13. Urgencias atendidas por el SERMAS según dispositivo durante el año 2015

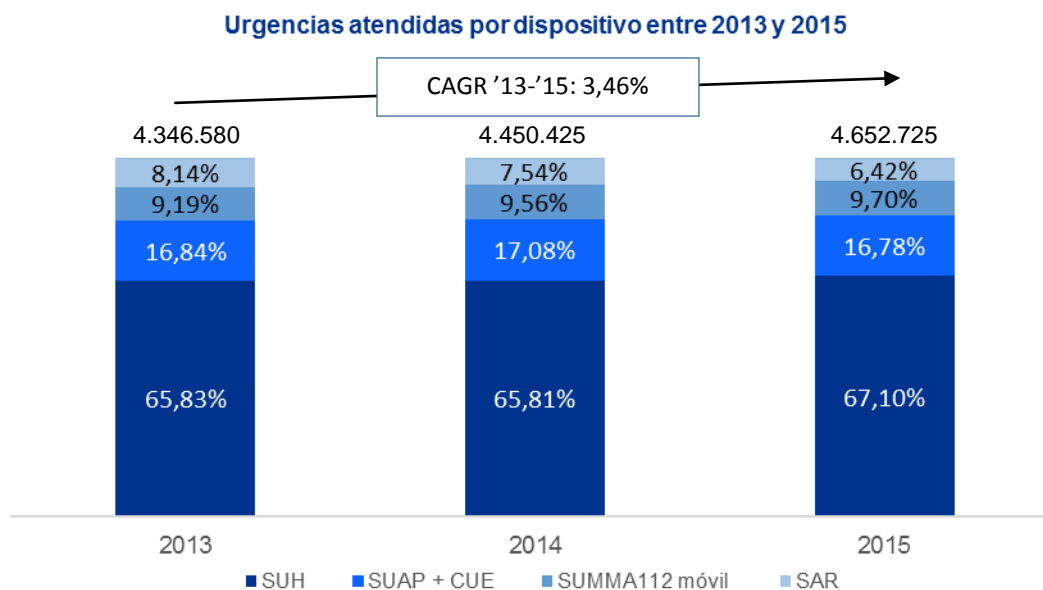
La evolución de la actividad de urgencias y emergencias sanitarias **desde 2013 ha mantenido un crecimiento significativo**, superando en 2015 por primera vez la barrera de las 4.500.000 situaciones atendidas. Concretamente, entre 2013 y 2015 las urgencias atendidas aumentaron en más de 300.000, lo que supone un incremento equivalente al **3,46% anual** [7] [10] [11].

En un contexto de crecimiento continuo de la actividad, las **urgencias hospitalarias** también han visto **aumentar su peso relativo sobre el total**, pasando del 65,83% del total de urgencias atendidas en 2013 al 67,10% en 2015, un incremento del 1,27 p.p. La actividad de los dispositivos móviles del SUMMA 112 también se ha visto aumentada en este período, con un incremento de 0,51 p.p. hasta alcanzar en 2015 el 9,70% del total de urgencias atendidas [7] [10] [11].

A cambio, el peso de las urgencias atendidas en SAR ha disminuido notablemente entre 2013 y 2015, 1,72 p.p., hasta situarse en un 6,42% del total de las urgencias. La proporción sobre el total

⁷ Debe tenerse en cuenta que las urgencias que se tratan durante el horario habitual de AP, sea a través de una cita para el mismo día, sea porque acude directamente al centro, no se registra como tal, por lo que no se dispone de información al respecto.

de actividad de urgencias y emergencias sanitarias de los SUAP y del CUE se ha mantenido estable, con mínimas variaciones [7] [10] [11].

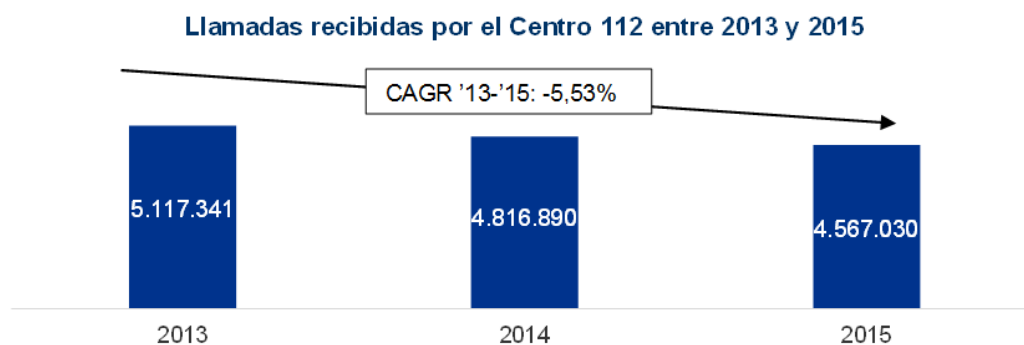


Fuente: Observatorio Madrileño de Salud, Memoria 2015 SUMMA112, Gerencia Atención Primaria

Figura 14. Evolución de la distribución de las urgencias atendidas por el SERMAS entre 2013 y 2015

A esta actividad debe añadirse la gestión y recepción de llamadas, las cuáles pueden derivar en una consulta telefónica o incluso en la activación de un dispositivo móvil. Dada la estructura de recursos de atención de la C.M., deben tenerse en cuenta dos centros de atención: el Centro 112 y el Centro de llamadas del SUMMA 112 (antiguo 061).

Centro 112. Este centro, encargado de la atención del 112, teléfono de urgencias y emergencias sanitarias a nivel europeo, recibió un volumen decreciente de llamadas entre 2013 y 2015. Así, mientras que en 2013 recibió 5.117.341 llamadas, tanto asistenciales como no asistenciales, en 2015 este número se redujo en más de medio millón, 4.567.030, lo que supone una caída interanual equivalente del 5,53%. Cabe destacar que prácticamente 9 de cada 10 llamadas son de ciudadanos, mientras que el resto son normalmente de agentes implicados en la atención de urgencias y emergencias sanitarias [12].



Fuente: Centro 112

Figura 15. Llamadas recibidas por el Centro 112 entre 2013 y 2015

A pesar de que todas las tipologías de llamadas han visto reducir su volumen en estos tres años, cabe destacar que las **emergencias sanitarias han aumentado en más de 2,5 p.p. su peso relativo, hasta suponer más de la mitad del total de llamadas**, concretamente el 50,45% en 2015 [12].

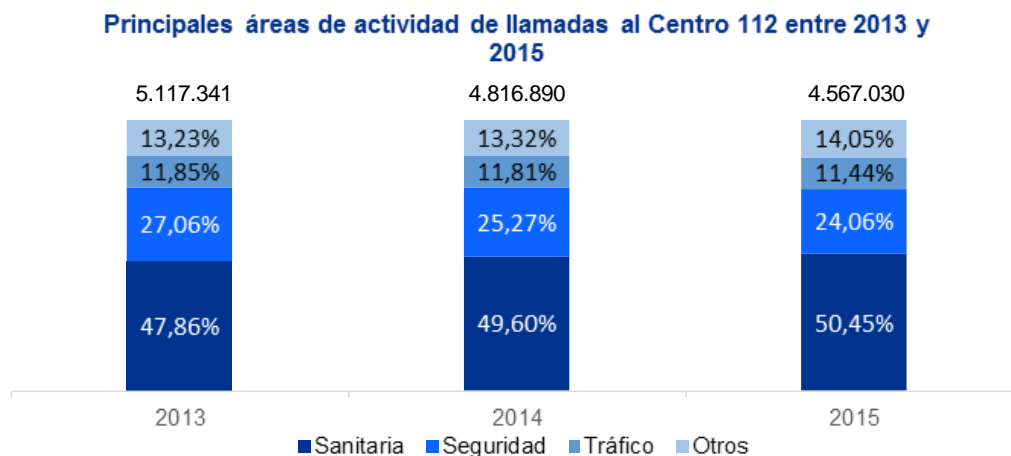


Figura 16. Llamadas al 112 por área de actividad entre 2013 y 2015

Centro de llamadas del SUMMA 112 (antiguo 061). El SUMMA 112 mantiene la atención del número 061, centrado en urgencias de carácter sanitario. Entre 2013 y 2015, la evolución de las **llamadas recibidas se ha visto incrementada en un 3,94% interanual**, quedándose a las puertas del millón de llamadas en 2015, con 990.216 llamadas. Cumpliendo los estándares de calidad definidos, el SUMMA 112 ha atendido durante el 2015 las llamadas con un nivel de servicio del 96%, superando el 90% fijado como objetivo [7] [10] [11].

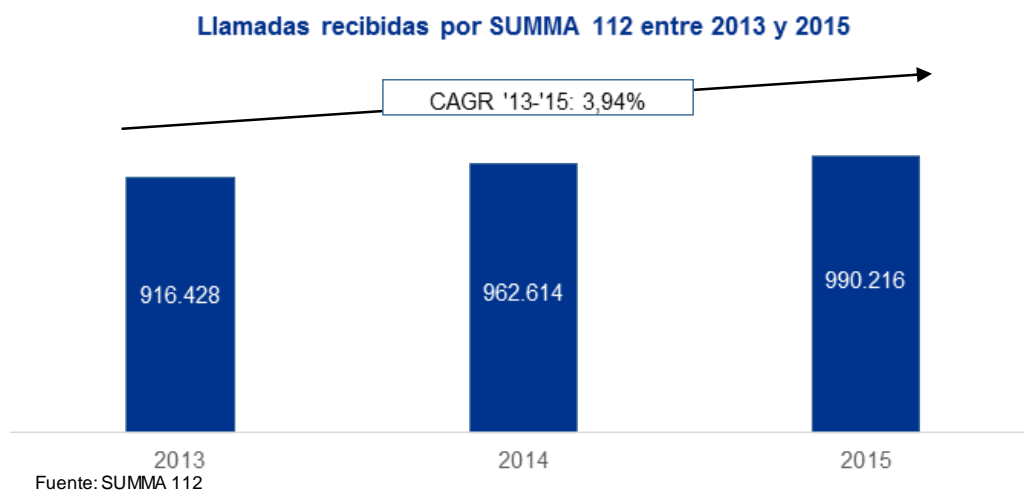
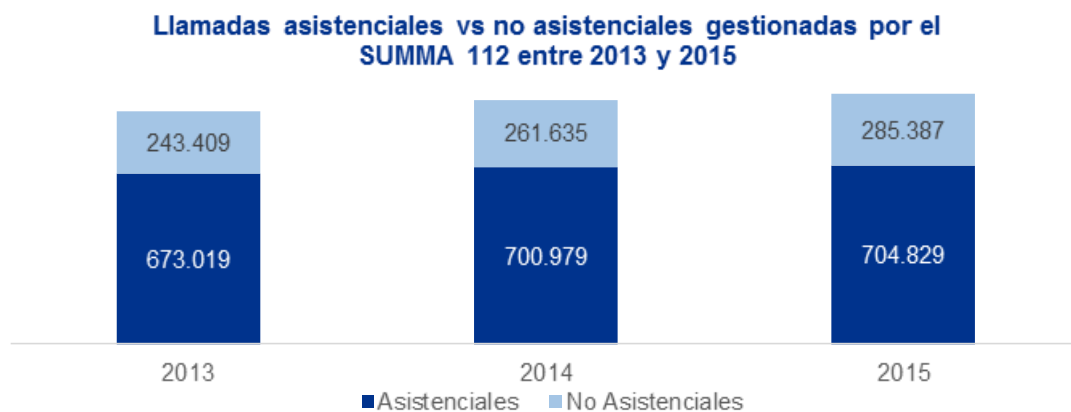


Figura 17. Llamadas recibidas por el SUMMA 112 entre 2013 y 2015

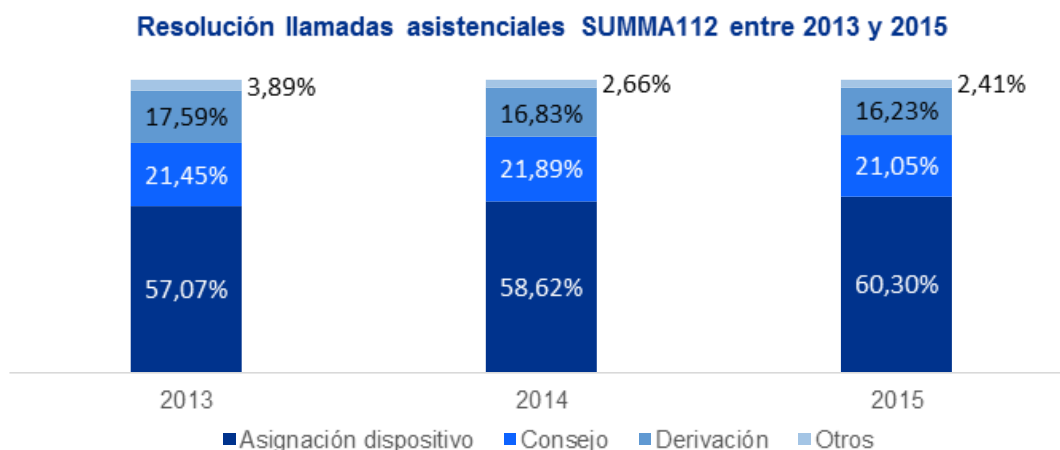
De la evolución de las llamadas recibidas y gestionadas por el SUMMA112 destaca el fuerte crecimiento de las llamadas consideradas no asistenciales (información de otros servicios, consultas no médicas...) con un crecimiento medio anual del 8,3%, mientras que las llamadas consideradas de tipología asistencial (para solicitar asistencia médica o pedir consejo médico) presentan un crecimiento medio anual del 2,3% [7] [10] [11].



Fuente: Memoria SUMMA 112, 2013, 2014 y 2015.

Figura 18. Tipologías de llamadas SUMMA112 años 2013 y 2015

Del total de las llamadas de índole asistencial atendidas, en 2015 el 60,30% ha requerido de la activación de un dispositivo, mostrando, además, una tendencia al alza durante los 3 últimos años, en detrimento de las llamadas que requieren consejo médico o derivación a otro [7] [10] [11].

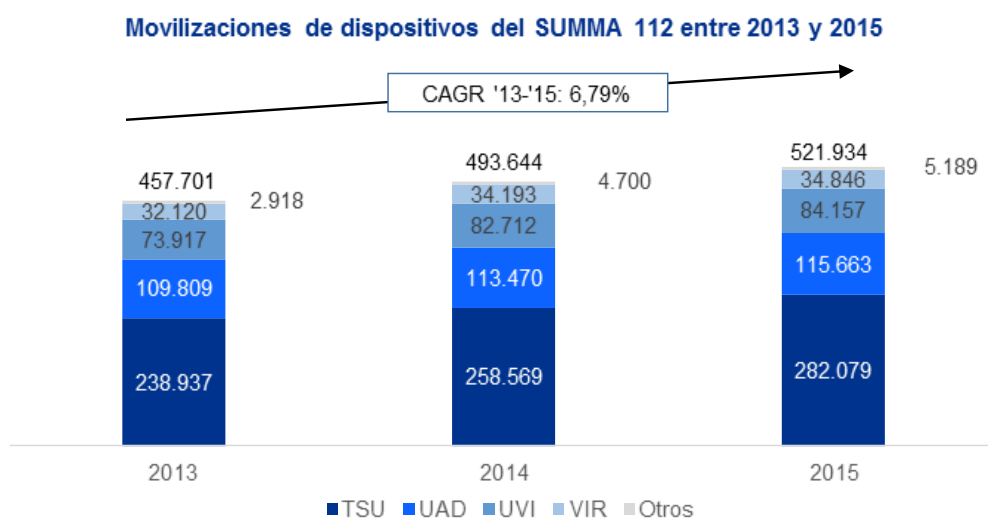


Fuente: Memoria SUMMA 112, 2013, 2014 y 2015.

Figura 19. Resolución llamadas asistenciales SUMMA 112 entre 2013 y 2015

Las **activaciones de dispositivos móviles** del SUMMA 112 (TSU, UVI, VIR, UAD, otros) **han crecido en promedio un 6,79% anual** desde 2013, superando por primera vez en 2015 las 500.000 movilizaciones, con un total de 521.934, un 9,73% del total de actividad de urgencias y emergencias sanitarias desarrollada por el SERMAS en dicho año⁸ [7] [10] [11].

Valorando la evolución por dispositivo, debe destacarse especialmente el fuerte crecimiento del TSU, cuya actividad se incrementó en un 18,03% entre 2013 y 2015, 43.142 actuaciones adicionales. Porcentualmente, el mayor crecimiento se da en la categoría otros, que aumenta un 77,83% en dicho período hasta las 5.189 movilizaciones. Esta progresión se debe esencialmente a la incorporación en 2013 de los vehículos de soporte vital intermedio, dispositivo orientado al apoyo en la realización de los traslados interhospitalarios [7] [10] [11].

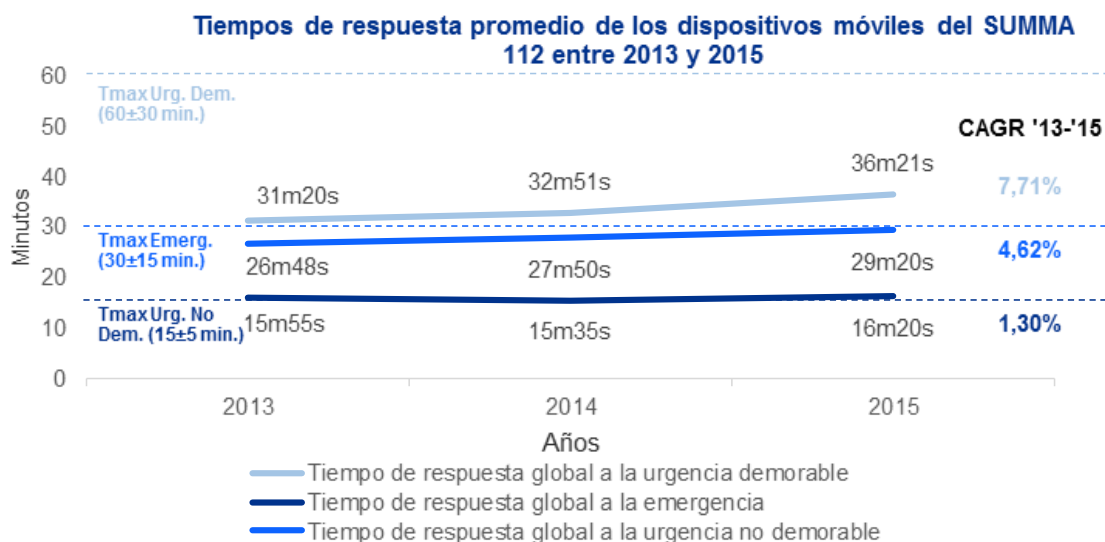


Fuente: Memoria SUMMA112 años 2014 y 2015

Figura 20. Movilizaciones de dispositivos del SUMMA 112 entre 2013 y 2015

El incremento de actividad ha supuesto un cierto incremento de los tiempos de respuesta promedio, así, el tiempo promedio para urgencias demorables ha aumentado hasta los 36m21s en 2015, 5m y 1s más desde los 31m20s de 2013. Este incremento se ha producido también, aunque en menor medida, en los tiempos promedio de emergencias (2m32s adicionales) y de urgencias no demorables (25s extra desde 2013). En cualquier caso, cada uno de los tiempos analizados se encuentran situados dentro de las franjas de tiempos máximos de respuesta asumibles aunque hay que considerar que una mayor coordinación de recursos podría implicar una mejora de los tiempos de respuesta.

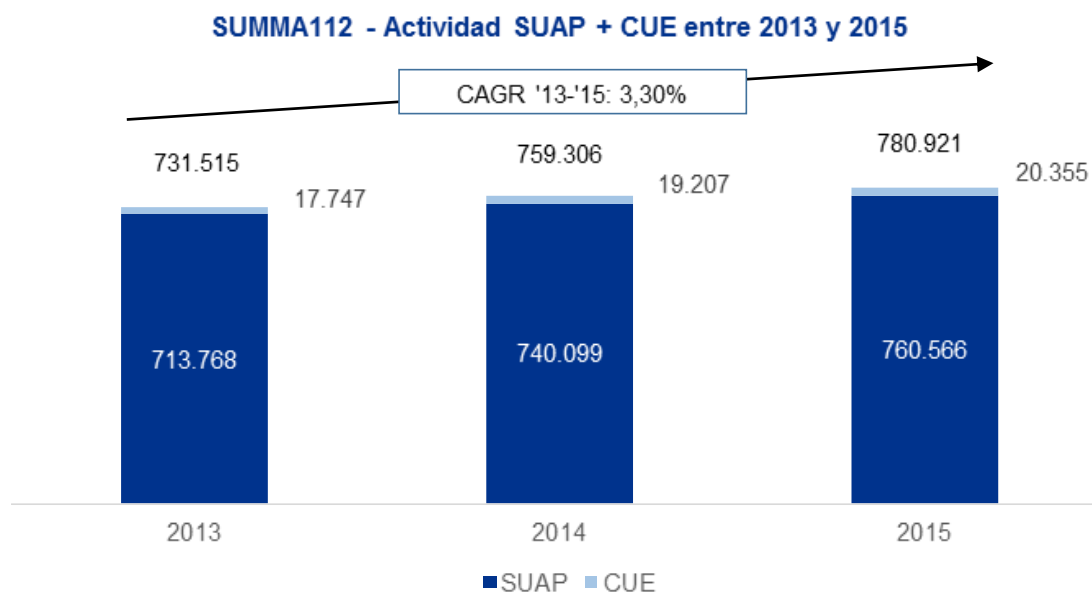
⁸ Debe tenerse en cuenta que una llamada puede requerir la asignación de uno o varios dispositivos.



Fuente: SUMMA112

Figura 21. Tiempos de respuesta promedio de los dispositivos móviles del SUMMA 112 entre 2013 y 2015

En relación a la actividad en centros de atención, y siguiendo con dispositivos gestionados por el SUMMA 112, la evolución de la **actividad de los SUAP y del CUE ha aumentado ligeramente desde 2013, a un ritmo anual promedio del 3,30%**, alcanzando las 780.921 urgencias atendidas en 2015. Debe destacarse específicamente la evolución de la actividad del CUE, que ha crecido un 7,10% anual entre 2013 y 2015 [7] [10] [11].



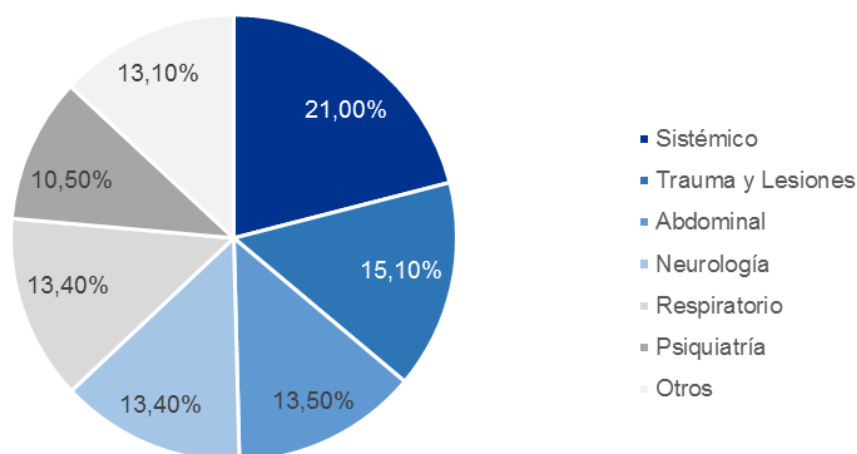
Fuente: Memoria SUMMA112, años 2013, 2014 y 2015

Figura 22. Actividad atendida en los SUAP + CUE entre 2013 y 2015

De todas las urgencias y emergencias sanitarias tratadas por los dispositivos del SUMMA 112⁹ durante el año 2015, **un 78% fueron codificadas mediante CIE-9**. Centrándonos en las urgencias, la mayor parte de ellas fueron **por patología de afectación sistémica**, un **21%** del total, si bien **otros grupos de patologías** estuvieron muy repartidas, con trauma y lesiones, patologías abdominales, neurología y respiratorio suponiendo en torno a un 13%-15% del total. **Estos 5 grupos de enfermedades supusieron un 76,4% del total de urgencias codificadas.**

Cabe destacar el aumento en el 2015 de las urgencias derivadas de patologías respiratorias, creciendo un 11,67% desde 2014. También crecieron las urgencias cuya causa fue sistémica (3,96%) y aquellas vinculadas al ámbito neurológico (3,08%). Tanto el área respiratoria como la neurológica, suelen estar relacionadas con enfermedades crónicas. En cambio, las urgencias psiquiátricas se han visto reducidas en un 8,70% [7].

Urgencias codificadas por el SUMMA 112 - 2015



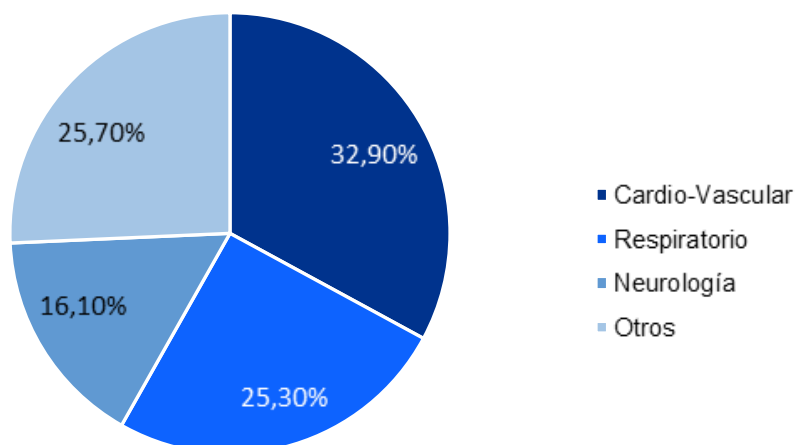
Fuente: Memoria SUMMA112, 2015

Figura 23. Urgencias codificadas por el SUMMA112 - 2015

El mayor peso en las emergencias, situaciones que requieren una atención urgente y suponen un riesgo vital o de pérdida de un órgano, lo tienen **las enfermedades de origen cardio-vascular**, las cuáles suponen el 32,90% del total, casi **una de cada tres emergencias atendidas y codificadas**. Si se le añaden las patologías respiratorias (25,30%) y las neurológicas (16,10%), estas 3 patologías concentran el 74,30% de la actividad [7].

⁹ En el cómputo se incluyen tanto los dispositivos móviles como los SUAP y el CUE.

Emergencias codificadas por el SUMMA 112 - 2015

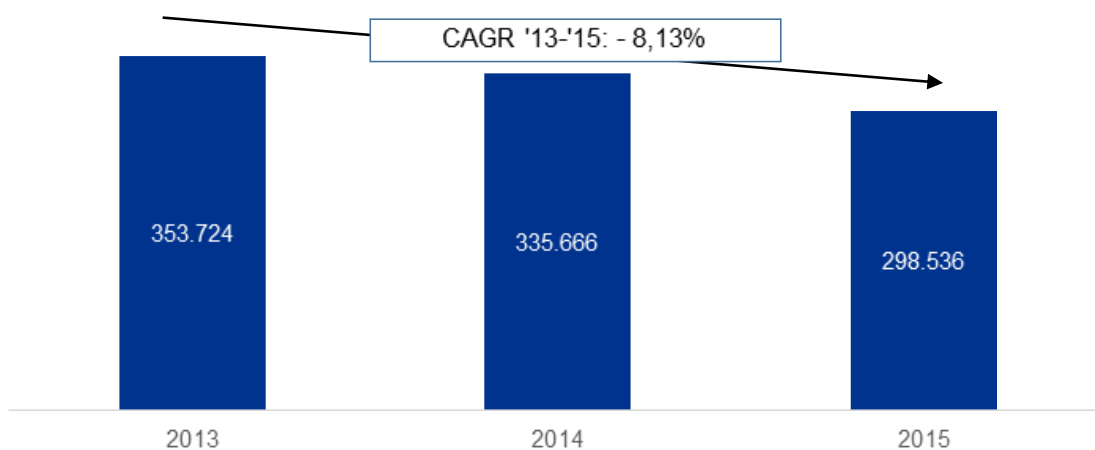


Fuente: Memoria SUMMA112, 2015

Figura 24. Emergencias codificadas por el SUMMA112 año 2015

Si analizamos la **actividad registrada en los SAR**, entre 2013 y 2015 las urgencias tratadas por estos dispositivos **disminuyeron a un ritmo del 8,13% anual**, situándose en 2015 por debajo de las 300.000 atenciones (concretamente, 298.536). Así, la actividad en estos dispositivos lleva acumulada una caída de más de 50.000 atenciones desde 2013 [7] [10] [11].

Actividad de urgencias y emergencias en los SAR entre 2013 y 2015

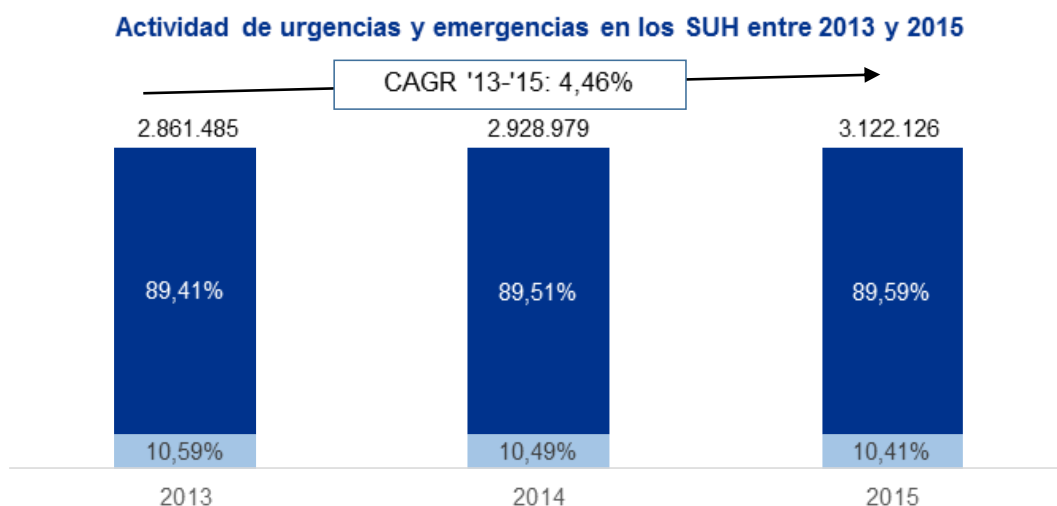


Fuente: SERMAS

Figura 25. Actividad de urgencias y emergencias sanitarias en los SAR entre 2013 y 2015¹⁰

¹⁰ No se ha dispuesto de información sobre las causas o patologías subyacentes a las situaciones de urgencias y emergencias tratadas en los SAR.

Por último, la actividad de los **Servicios de Urgencias Hospitalarias** de la C.M. **creció a un ritmo del 4,46% interanual**, superando el umbral de los 3.000.000. Así, en 2015 se realizaron 3.122.126 atenciones, frente a los 2.861.485 del 2013. A pesar de que el peso total de las urgencias ingresadas se ha reducido ligeramente hasta el 10,41%, el volumen total de ingresos ha continuado subiendo, hasta superar las 325.000 en 2015, aproximadamente 25.000 ingresos más que en 2013 [13] [14] [15].



Fuente: Memorias SERMAS, años 2013, 2014 y 2015

Figura 26. Actividad de urgencias y emergencias sanitarias en los SUH entre 2013 y 2015

No se ha podido realizar el análisis de las urgencias atendidas por patología en los SUH debido a una **falta de codificación homogénea**.

4.4 Calidad en la atención de urgencias y emergencias sanitarias

Conocer el **grado de satisfacción de los usuarios** respecto al sistema sanitario supone un factor crítico para poder determinar con claridad las fortalezas y debilidades desde el punto de vista del paciente y de su entorno, siendo pues un **elemento clave para la identificación de las actuaciones** a desarrollar en el marco del presente Plan.

Anualmente se llevan a cabo encuestas para valorar el grado de satisfacción de los usuarios en relación a la atención sanitaria recibida, en las cuales se tratan los diferentes ámbitos del sistema sanitario, esto es SUMMA 112, Urgencias Hospitalarias, Hospitalización, Cirugía Ambulatoria, Consultas Externas Hospitalarias y Atención Primaria.

Las cuestiones planteadas en las encuestas están adaptadas a las características de cada uno de ellos, aunque se mantienen algunas constantes como la valoración de los profesionales o la satisfacción con la información proporcionada.

Centrándonos en los ámbitos vinculados al alcance del plan, SUMMA 112 y Urgencias Hospitalarias, las preguntas realizadas versan sobre el grado de satisfacción con los siguientes aspectos:

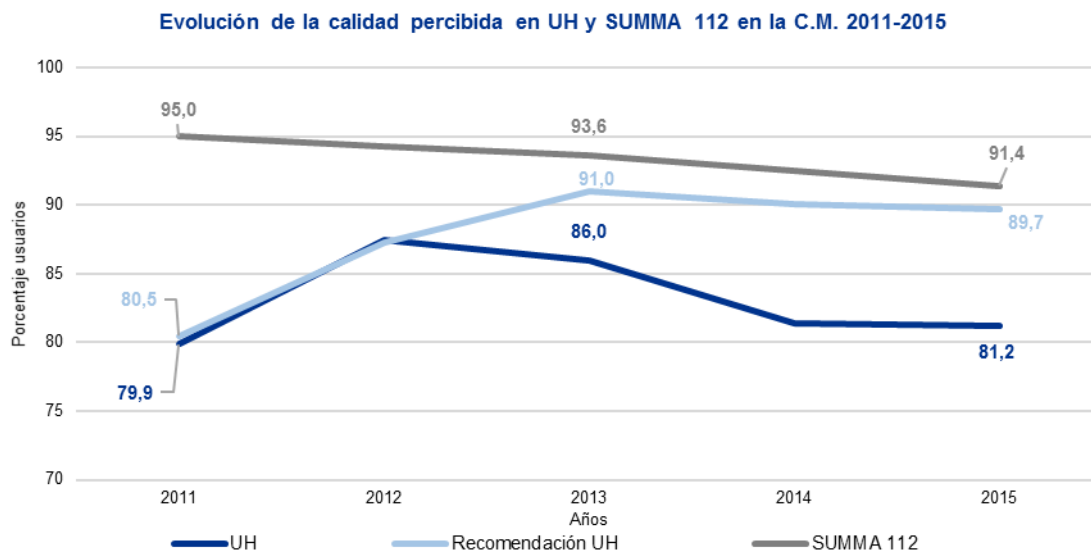
- SUMMA 112:
 - Tiempo de respuesta.
 - Información recibida.
 - Profesionales.
 - Grado de satisfacción global con el servicio.
- Urgencias hospitalarias:
 - Tiempos de espera.
 - Instalaciones.
 - Información recibida.
 - Profesionales.

4.4.1 *Valoración de los usuarios sobre dispositivos de urgencias y emergencias del SERMAS*

Atendiendo a los principales indicadores de satisfacción global de la encuesta para cada uno de estos dos ámbitos, nos encontramos que tanto los valores como su evolución presentan notables diferencias entre sí. Así, el porcentaje de **usuarios satisfechos**¹¹ con el **SUMMA 112** alcanzó en 2015 el **91,4% del total**, en el caso de las **Urgencias Hospitalarias**, este valor fue el **81,2%**.

A pesar de ello, el 89,7% de los usuarios recomendarían las urgencias hospitalarias de la C.M., 9,2 p.p. más que en 2011 [16] [17].

¹¹ Se entiende por usuarios satisfechos la suma de aquellos que en la encuesta declararon sentirse satisfechos o muy satisfechos con el ítem correspondiente.

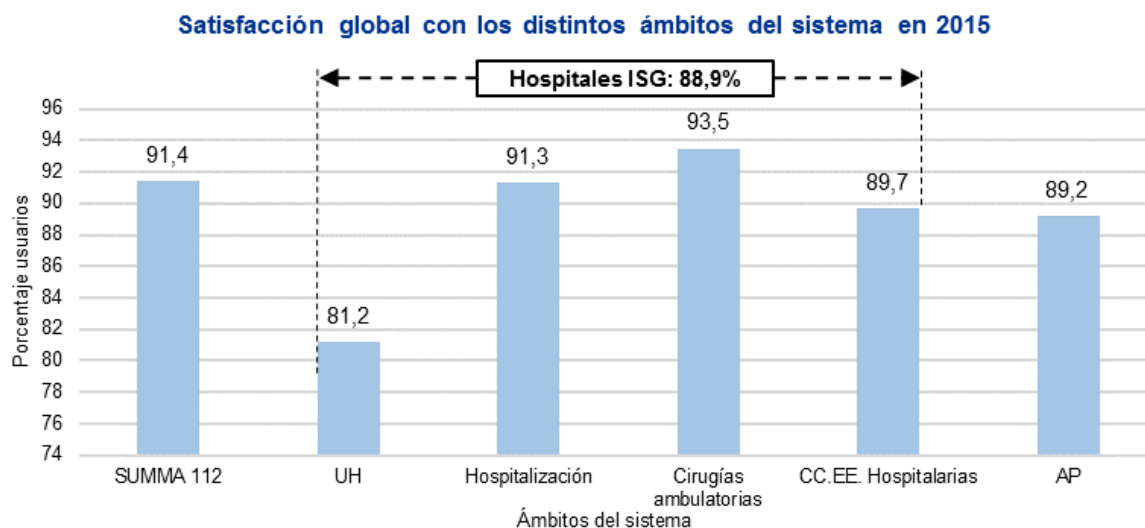


Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. D.G. Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Figura 27. Evolución de la calidad percibida en UH y SUMMA 112 en la C.M. 2011-2015¹²

Si comparamos estos indicadores con el grado de satisfacción de los usuarios en el resto de ámbitos analizados del sistema de salud, **en 2015 el SUMMA 112 era el segundo recurso mejor valorado**, a 2,1 p.p. por detrás de las cirugías ambulatorias.

Dichos resultados reflejan el porcentaje de usuarios satisfechos o muy satisfechos con cada aspecto tratado, considerándose una fortaleza del sistema cuando el resultado es mayor o igual a 90%, y un ámbito de mejora cuando es menor que 90%.



Fuente: Encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. D.G. Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

¹² En la satisfacción global de UH de 2011, se ha tomado el dato de 2010 ya que no se tiene la valoración de dicho año.

Figura 28. Satisfacción global con los distintos recursos del sistema en 2015

Junto a la valoración de la calidad y la satisfacción percibida por los usuarios es muy importante valorar el nivel de recomendación del servicio por parte de los usuarios a sus familiares y amigos. En este sentido, se puede calcular el índice de recomendación global (IRG), mediante la media aritmética de la recomendación de los usuarios en relación a los siguientes bloques: CC.EE., Hospitalización, Cirugía ambulatoria y Urgencias.

El IRG correspondiente al año 2015 fue de 93,7%, 4 p.p. superior a la recomendación de las urgencias hospitalarias (89,7%), por lo que de nuevo las **urgencias hospitalarias aparecen como uno de los elementos del sistema con mayor capacidad de mejora** desde el punto de vista de la satisfacción de sus usuarios [17].

4.4.2 Valoración de los usuarios sobre el SUMMA 112

Los profesionales son el elemento mejor valorado del SUMMA 112, igual que en el caso de las Urgencias Hospitalarias y en el resto de ámbitos analizados de la encuesta. Así, el 94,1% de los usuarios estaban satisfechos o muy satisfechos en 2015 con la atención del SUMMA 112.

En cambio, la satisfacción con **el tiempo de respuesta** del SUMMA 112 en 2015 presentó un valor mejorable en comparación con el resto de indicadores medidos en la encuesta, concretamente el 76,2. En 2011 este mismo indicador se situó 5,9 p.p. por encima del valor de 2015 (82,1%). El hecho de ser el indicador que ha obtenido peores valoraciones en relación al SUMMA 112, hace que sea el **principal ámbito de mejora del servicio**.

Todos los indicadores de satisfacción del SUMMA 112 han evolucionado a la baja, si bien la caída en la mayor parte de los casos se ha situado en el entorno de 1-2 p.p.

Resultado encuesta de satisfacción - SUMMA 112		2011 ^{13,14}	2013	2015	Evolución 2011-2015
Tiempo de respuesta	Satisfacción tiempo de respuesta	82,1	79,3	76,2	5,9 p.p. ↓
	Información global facilitada	---	94,0	92,3	---
Satisfacción información	Sobre su problema de salud	92,8	93,4	90,6	2,2 p.p. ↓
	Sobre su tratamiento y cuidados a seguir	91,6	93,5	89,7	1,9 p.p. ↓

¹³ La periodicidad de las encuestas de satisfacción del SUMMA 112 son bianuales.

¹⁴ El grado de satisfacción con la información global facilitada se comenzó a valorar en 2013.

Resultado encuesta de satisfacción - SUMMA 112		2011 ^{13,14}	2013	2015	Evolución 2011-2015
Satisfacción con profesionales	Trato y amabilidad	96,4	96,6	94,5	1,9 p.p. ↓
	Competencia y conocimientos	95,5	96,5	94,4	1,1 p.p. ↓
	Tiempo de dedicación	94,7	96,4	93,5	1,2 p.p. ↓
	Valoración global	96,2	95,6	94,1	2,1 p.p. ↓

Figura 29. Resultado encuesta de satisfacción SUMMA 112, 2011-2015 [16] [17] [18]

4.4.3 Valoración de los usuarios sobre las Urgencias Hospitalarias

Los **profesionales del servicio** (médicos, enfermeros y celadores) fueron el **elemento mejor valorado** de la encuesta de satisfacción de 2015 en este ámbito, con un valor medio de 90,4%.

La evolución de la valoración de los profesionales de UH tiene una **tendencia negativa desde 2012**, perdiéndose 3,8 p.p. en el valor entre ambos años. Esta evolución también se da en el resto de ámbitos, aunque de un modo menos acusado, p.ej. la siguiente mayor caída se produce en el ámbito en Atención Primaria, con una diferencia de 2,4 p.p. entre 2011 y 2015.

Resultado de las encuestas de satisfacción - Servicio de urgencias hospitalarias		Año 2012 ¹⁵	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Evolución 2012-2015
Satisfacción con los tiempos de espera	Tiempo de espera hasta primera valoración	77,3	70,9	71,7	74,6	2,7 p.p. ↓
	Tiempo total en el servicio	73,8	76,5	68,9	62,7	11,1 p.p. ↓
	Tiempo hasta el traslado a planta	79,6	82,6	73,3	65,5	14,1 p.p. ↓
Satisfacción con la información	Información facilitada en urgencias	---	87,8	83,1	85,2	---
	Comprensión de la información	91,2	89,7	85,5	85,8	5,4 p.p. ↓
	Información a familiares y acompañantes	79,3	79,6	76,9	83,3	4,0 p.p. ↑
Satisfacción con las instalaciones	Limpieza sala de espera	89,8	83,8	80,5	78,2	11,6 p.p. ↓
	Limpieza del lugar de atención	93,2	92,4	90,1	87,6	5,6 p.p. ↓
	Comodidad y confort del lugar de atención	91,0	88,3	84,1	82,9	8,1 p.p. ↓
	Intimidad	90,5	85,2	78,9	75,9	14,6 p.p. ↓
Satisfacción global con los profesionales	Médicos	92,0	88,8	86,8	87,9	4,1 p.p. ↓
	Enfermeras/os	94,5	92,9	90,9	90,9	3,6 p.p. ↓
	Celadores	96,0	94,6	92,6	92,3	3,7 p.p. ↓

Figura 30. Resultado encuesta de satisfacción SUH, 2011-2015 [17] [18] [19] [20]

¹⁵ El grado de satisfacción con la información facilitada en urgencias se empezó a medir en 2013.

Como principal área de mejora, no sólo en el marco de las UH sino en el conjunto de la encuesta, es la valoración de **los tiempos de espera en la atención**, con un 62,7% en la edición de 2015. El resto de indicadores de este bloque obtuvieron también valoraciones entre las más bajas del conjunto de la encuesta, por debajo del 75%. Su evolución desde 2012 es igualmente decreciente, con **caídas significativas de más de 10 p.p.**

Esta evolución decreciente en el grado de satisfacción sucede también en los indicadores asociados a instalaciones. Cabe destacar la valoración del **grado de intimidad de los usuarios en las UH se ha reducido en 14,6 p.p.** desde 2012, la caída más relevante en este ámbito de intervención.

Por último, es positiva la evolución de la satisfacción con la información otorgada a los familiares y acompañantes de los pacientes de urgencias hospitalarias. Así, en 2012 el grado de satisfacción era de 79,3% y en 2015 pasó a 83,3% de usuarios satisfechos o muy satisfechos, un incremento de 4,0 p.p.

4.4.4 Principales conclusiones al respecto de la valoración de los usuarios sobre los dispositivos de atención de urgencias y emergencias

Atendiendo a los resultados de la encuesta de satisfacción de 2015, así como a la evolución de los resultados desde 2011 y centrándonos en el SUMMA 112 y las Urgencias Hospitalarias, las principales conclusiones del análisis realizado son las siguientes:

- En general se da una **caída en la valoración de todos los ámbitos de** la atención sanitaria.
- Los **profesionales aparecen como la mayor fortaleza del sistema**, obteniéndose un alto grado de satisfacción con los mismos en todos los ámbitos.
- La **principal debilidad** del sistema sanitario según las encuestas a los usuarios son los **tiempos de respuesta y de espera**, evidenciándose una oportunidad clara de mejora en este aspecto.
- Las **UH presentan un recorrido de mejora**.

4.5 Marco actual de atención

La definición y desarrollo progresivo de derechos, deberes, competencias y funciones de todos los agentes implicados en el sistema de atención de urgencias y emergencias sanitarias en la C.M. se ha producido, entre otras cuestiones, a través de la evolución del marco normativo de referencia [21]. En este sentido, es clave destacar la **Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**, en donde se incluye específicamente como competencia propia la asistencia sanitaria a las emergencias, catástrofes y urgencias en la C.M.

Además de dicha norma, existen otras normativas de interés en el ámbito de las urgencias y emergencias sanitarias que, a modo únicamente indicativo, se destacan a continuación:

- Real Decreto 127/1984, de Regulación de Formación Médica Especializada y la Obtención del Título de Médico Especialista – En dicha norma se destaca la división de las especialidades médicas en 3 especialidades y crea la figura del Médico Interno Residente, figura involucrada en el día a día de las urgencias hospitalarias.
- Real Decreto 1030/2006, de Servicios Comunes del SNS – En su Anexo IV se recoge y detalla la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia.
- Real Decreto 1277/2003, de Bases Generales sobre la Autorización de Centros y Servicios – En este Real Decreto se define el proceso de autorización estableciendo una clasificación y crea un catálogo general de los centros, en el que identifica los centros sanitarios que deben contar con un servicio de urgencias.
- Ley 16/2003, de Ley de Cohesión y Calidad del SNS – Esta normativa, la cual señala la necesidad de colaboración entre servicios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del SNS y hace referencia a las normas de calidad y seguridad que contendrán los requerimientos que deben guiar los centros para poder realizar una actividad sanitaria segura, recoge la definición de la prestación de la atención de urgencia dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 866/2001 – Dicho Real Decreto crea específicamente la categoría de médico de urgencia hospitalaria, identificando las funciones a desempeñar por dicho profesional, entre otras cuestiones.

Aunque existen otras normativas que han tenido un notable impacto en la configuración de la atención sanitaria en la C.M., como la Ley 6/2009, de Libertad de Elección en la Sanidad de la C.M., su impacto sobre la atención y/o el sistema de urgencias y emergencias sanitarias de la región ha sido limitado o nulo (en el caso de la mencionada ley, las urgencias y emergencias sanitarias fueron expresamente excluidas de su alcance).

Adicionalmente al desarrollo normativo, el sistema de atención de las urgencias y emergencias sanitarias de la comunidad **se ha ido configurando a través de acuerdos, planes y otras iniciativas**. A este respecto, y de cara a comprender mejor la configuración del sistema actual, puede destacarse el Plan de urgencias y emergencias sanitarias de la C.M. 2004-2007 que supuso, entre otras cuestiones, un notable aumento de los recursos del SUMMA 112, la adscripción a dicho organismo de los SUAPs y la gestión por su parte del transporte sanitario tanto urgente como no urgente [22], y el Plan de Servicios de Urgencias Hospitalarias 2011-2015. Más adelante, en el subapartado 5.1.3, se detallan los planes e iniciativas más recientes en este ámbito.

5 Tendencias y oportunidades de mejora para un nuevo modelo de atención urgente

5.1 Tendencias a nivel nacional e internacional en la gestión de urgencias y emergencias sanitarias

La atención de urgencias y emergencias sanitarias supone la actuación ante múltiples situaciones en las que la base común es la necesidad de una atención precoz e incluso inmediata, pero para la cual los recursos y tipo de asistencia requerida puede variar notablemente en alcance e intensidad, esto es uno de los principales retos de las organizaciones que planifican, coordinan y prestan este tipo de servicios asistenciales. De hecho, las propias definiciones de urgencia y emergencia identifican estas diferencias. Si tomamos como referencia las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [25] [29]:

- **Urgencia:** 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 de sujeto que los sufre o de su familia.

Se incluye también dentro de este concepto aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores. Esta definición hace descansar la propia urgencia sobre la percepción del individuo y/o de su entorno en relación a su situación, lo que a su vez puede incluir un amplio abanico de situaciones, desde aquellas donde en última instancia no es necesario ningún tipo de tratamiento hasta emergencias vitales.

- **Emergencia:** situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Aunque la definición de emergencia empleada se circunscribe estrictamente al ámbito de la salud individual, como se ha indicado con anterioridad los sistemas de atención de emergencias se enfocan desde un punto de vista más global, en el que se busca actuar sobre las causas que están provocando, o con riesgo de provocar, una situación de emergencia sanitaria en uno o más individuos. Ello incluye la participación de otros agentes como policía, bomberos, protección civil, etc. [23]

A ello se debe unir el contexto histórico, social y geográfico en el que se desarrollan los diferentes modelos de atención de urgencias y emergencias sanitarias, lo que ha conllevado el desarrollo de muy distintos enfoques en la definición e implantación de modelos y estructuras de atención. En este sentido, históricamente se identificaban dos tipos de modelos: el angloamericano y el francoalemán [24] [26].

- El denominado **modelo angloamericano**, cuyo origen se puede trazar hasta los años setenta en Estados Unidos y cuyo desarrollo se ha producido principalmente en los países de habla inglesa (Canadá, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda), basado en la integración de los dispositivos

de atención extra e intrahospitalarios. De este modo, la asistencia inicial ofrecida por los profesionales paramédicos tiene su continuidad en los servicios de urgencias hospitalarios.

- Por el contrario, el **modelo francoalemán**, trata de evitar el traslado del paciente al centro hospitalario. Ello conduce a que la asistencia prehospitalaria cuente con una elevada capacitación tecnológica y profesional, siendo liderada típicamente por médicos que realizan curas in situ y realizan el traslado del paciente directamente al servicio correspondiente. Este tipo de modelo se ha desplegado históricamente en países europeos, como por ejemplo Austria, Bélgica, Italia, Rusia o Suecia, además de Francia y Alemania.

Otra perspectiva en relación al modelo de atención de urgencias y emergencias sanitarias es si esta se basa en una atención proporcionada por profesionales especializados o si se realiza desde una óptica multidisciplinar. Sin embargo, ambas clasificaciones son cada vez más discutidas durante los últimos años [27], en la medida en que se considera que tienden a simplificar excesivamente la capacidad, estructura y modo de actuación de los sistemas de atención de urgencias y emergencias sanitarias en las diferentes zonas geográficas, los cuáles además se encuentran en constante evolución para hacer frente a los múltiples retos a los que se enfrentan.

En este sentido, y de cara a dar soporte a la definición del presente Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la C.M., se recogen a continuación algunas de las principales referencias en esta materia a nivel tanto internacional como nacional, identificando especialmente qué planes relacionados con el desarrollo y transformación de las urgencias y emergencias sanitarias se están llevando a cabo en la actualidad y qué objetivos persiguen dichas iniciativas.

5.1.1 Iniciativas y modelos de referencia a nivel internacional



Una de las iniciativas más recientes y significativas ha sido la aprobación de la **reforma del Programa de Emergencias Sanitarias** en su 69ª Asamblea Mundial de la **Organización Mundial de la Salud** [28] [29]. Tras la aparición en los últimos años de diversas crisis sanitarias provocadas tanto por enfermedades como por conflictos bélicos o desastres naturales, la OMS ha decidido rediseñar e impulsar al mismo tiempo dicho programa, orientado a la gestión de agentes infecciosos, el soporte en el desarrollo de la atención de emergencias a los sistemas sanitarios nacionales, la evaluación de información sanitaria y riesgos existentes, y la gestión y despliegue de operaciones de emergencia.

Bajo el principio de ser un único programa, las medidas adoptadas en la reformulación del Programa de Emergencias Sanitarias se han orientado hacia la obtención de los siguientes objetivos:

- **Implantación de una estructura única y coordinada** en el seno de la OMS, tanto a nivel central como en el conjunto de regiones y países en los que tiene presencia, para el despliegue y funcionamiento del programa.
- **Refuerzo y continuidad de los mecanismos de colaboración** con las autoridades sanitarias de los países correspondientes, las instituciones y organizaciones no gubernamentales

internacionales vinculadas igualmente a la atención de situaciones de emergencia y el resto de agentes relacionados.

- Aplicación de un **conjunto estandarizado de procedimientos** para el desarrollo y monitorización de la actividad a llevar a cabo por la OMS en este ámbito.
- Puesta en marcha de los mecanismos necesarios para garantizar una **atención precoz a los riesgos detectados** y el rápido despliegue de las operaciones de emergencia que se requieran, fijando plazos estrictos de actuación y simplificando los procedimientos internos de movilización de recursos.



Atendiendo a modelos de atención localizados y empezando por uno de los principales referentes a nivel mundial, el NHS de Inglaterra atiende 24 millones de llamadas a los teléfonos de urgencias y emergencias sanitarias, realiza 7 millones de desplazamientos en ambulancias y lleva a cabo cerca de 22 millones de atenciones de urgencia al año [31] [32].

En 2013, se llevó a cabo una revisión completa del modelo de atención de urgencias y emergencias sanitarias del NHS inglés, cuyos resultados se pueden resumir en [30] [33] [34]:

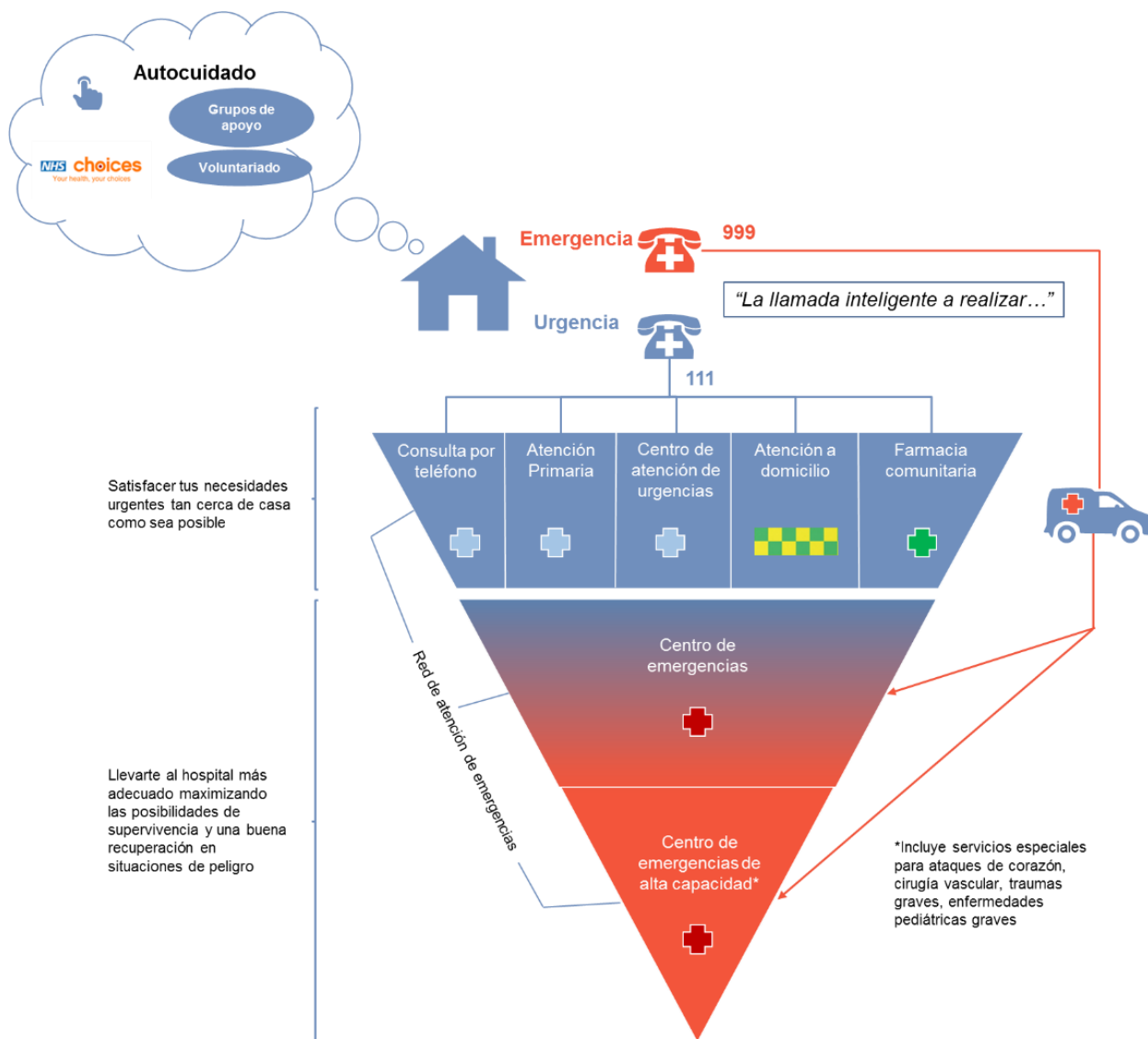
- **Demanda en continuo crecimiento** y evolución en su complejidad debida principalmente al envejecimiento progresivo de la sociedad, dificultando seriamente la sostenibilidad del sistema.
- Variedad de recursos de atención con **escasa diferenciación a ojos del paciente**, dificultando la elección correcta del dispositivo para cada situación, aumentando el riesgo e incrementando artificialmente la demanda.
- Existencia de una amplia capacidad de mejora a todos los niveles de cara a la **proximidad de la atención al paciente**, a través de los múltiples canales y recursos disponibles.
- **Heterogeneidad y escasa transparencia** para el usuario en relación a la capacidad, servicios y recursos disponibles para la atención entre los servicios de urgencias hospitalarias.

Esta revisión ha conllevado una redefinición del modelo de atención de urgencias y emergencias sanitarias de acuerdo a los siguientes principios [30] [33] [34]:

1. Proveer un mejor soporte al **autocuidado**.
2. Ayudar a la población con necesidad de atención urgente a obtener la **asistencia correcta en el lugar correcto desde el primer momento**.
3. Proveer **servicios de atención urgente extrahospitalarios** con gran capacidad de reacción, descargando de este modo la alta demanda actual sobre los servicios de urgencias hospitalarias.
4. Garantizar que la población con necesidades de atención emergente en situación de riesgo vital serio recibe **tratamiento en los centros con los recursos y experiencia adecuados**, maximizando las oportunidades de supervivencia y correcta recuperación.

5. **Conectar todos los dispositivos de atención de urgencias y emergencias sanitarias**, de modo que el Sistema en su conjunto se transforme en algo más que la suma de sus partes

La implantación de este nuevo modelo se ha estructurado en torno a 9 ámbitos y su despliegue está previsto que finalice en el año 2021 [30] [34] [35]. La nueva definición del modelo de atención de urgencias y emergencias sanitarias del NHS inglés se recoge a continuación [33].



Fuente: NHS Inglaterra

Figura 31. Redefinición del modelo de atención de urgencias y emergencias sanitarias del NHS inglés.

No obstante, la implementación efectiva del nuevo modelo se está llevando a cabo atendiendo igualmente a la notable autonomía de actuación y decisión en el plano operativo de la que disponen las entidades que a nivel local conforman el NHS de Inglaterra. Por ejemplo, en **Londres** se ha realizado una **adaptación y priorización de las actuaciones** a desarrollar para la implantación del nuevo modelo, centrándose en 3 aspectos [36] [37]:

- **Potenciar la atención personalizada a través del canal telefónico** para las urgencias, desarrollando su rol como puerta de acceso principal a la atención urgente, derivando al paciente al dispositivo adecuado.
- **Homogeneizar la caracterización de los diferentes tipos de dispositivos** de atención urgente y emergente, estructurando de un modo más racional los recursos y reduciendo su variabilidad dentro de la misma categoría, minimizando la confusión de la población y reduciendo riesgos.
- **Desarrollar redes de dispositivos de atención urgente y emergente** que faciliten una mejor coordinación global y un mejor acceso al recurso adecuado en cada momento, de acuerdo a las características de la ciudad y su entorno.

Redes de coordinación de centros de urgencias y emergencias de Londres



Fuente: NHS Inglaterra

Objetivos específicos de la creación de las redes de coordinación:

- **Desarrollar e implementar específicamente para Londres el Nuevo Modelo** de Atención de Urgencias y Emergencias del NHS inglés.
- **Alinear los recursos existentes con las características y necesidades de la ciudad**, definiendo las rutas asistenciales que posibiliten la accesibilidad de la atención en equidad de condiciones a los pacientes.
- **Coordinar las necesidades de formación y recursos entre los dispositivos**, asegurando la generación de confianza y colaboración entre ellos y facilitando la diseminación de buenas prácticas.

Figura 32. Redes de coordinación de centros de urgencias y emergencias sanitarias de Londres.

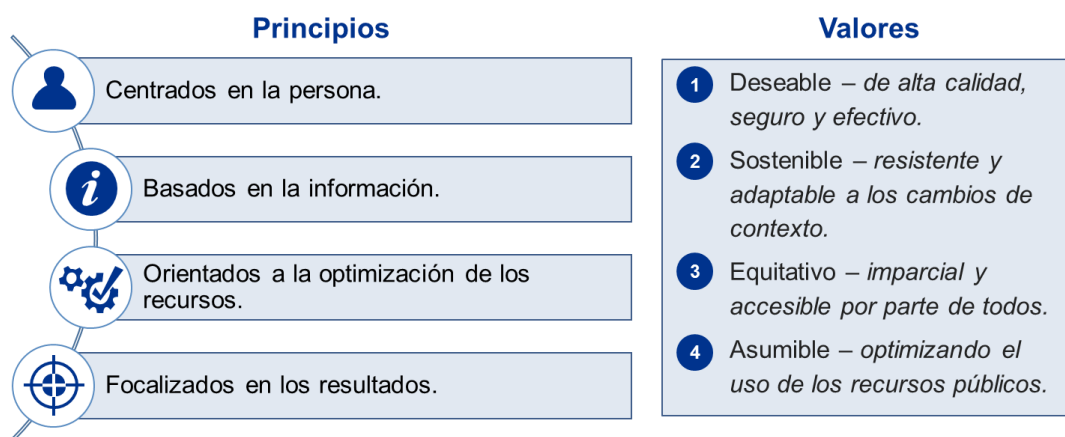


En 2015, se llevó a cabo en el **NHS escocés** un proceso de análisis y diagnóstico similar al realizado en el NHS inglés, centrado en la denominada “atención fuera de horario” en la Atención Primaria [38]. Como resultado de dicho análisis se plantearon **28 recomendaciones** asociadas a diferentes ámbitos de actuación, entre los que **se pueden destacar las siguientes**:

- La adopción de modelos de atención orientados a las necesidades de grupos de pacientes específicos.
- La mejora de la accesibilidad de los recursos.
- El impulso al conocimiento y a la cultura en salud de la población.
- La orientación hacia una atención centrada en la persona.
- El desarrollo de los recursos humanos a todos los niveles: mayor y mejor planificación, impulso a la capacitación de los profesionales, apoyo a lo largo de la carrera profesional, etc.

- La potenciación del empleo de la tecnología tanto desde el punto de vista del acceso e intercambio de información como en la adopción de los mecanismos que impulsen el autocuidado y la accesibilidad de los recursos asistenciales.

Estas actuaciones pretenden desarrollar unos servicios de urgencias y emergencias sanitarias en el NHS escocés que adopten plenamente los siguientes principios rectores y valores [39]:



Fuente: NHS Scotland

Figura 33. Principios y valores rediseño de los servicios de atención fuera de horario en el NHS escocés.



Dejando de lado modelos históricamente clasificados como angloamericanos, a continuación, nos centraremos en uno de los principales referentes del modelo francoalemán, el **modelo de atención de urgencias y emergencias sanitarias francés, SAMU Urgences de France**. Dicho modelo está orientado especialmente a proporcionar la mejor atención posible in situ y está basado en **6 principios**, recogidos a continuación [40] [41] [42]:

1. **La atención médica de emergencias es una actividad sanitaria**, la cual es además el primer paso en la atención en situaciones potencialmente de riesgo, por lo que con independencia de quién la preste debe estar bajo control de las autoridades sanitarias.
2. Las intervenciones in situ deben ser rápidas, eficientes y realizar un uso adecuado de los recursos, de acuerdo a la gravedad de cada caso.
3. **La aproximación a cada caso individual debe ser al mismo tiempo médica, operativa y humana**, porque el objetivo es curar, porque la actuación exige la movilización de recursos en un contexto dado, y porque el objeto de la atención son personas, a las que hay que dar seguridad y confort, respetar la confidencialidad debida y preservar su dignidad y libertad de decisión.
4. **Las responsabilidades y acuerdos de coordinación entre los implicados deben estar regulado por un conjunto de protocolos** que refuercen la autoridad sanitaria en este campo, desarrolle las responsabilidades técnicas de los médicos y estipule con claridad y transparencia los modos de actuar y colaborar entre los múltiples agentes participantes.

5. Los resultados de la atención dependen en gran medida en la habilidad de los implicados en ella.
6. **La acción preventiva debe complementar la actuación en urgencias y emergencias sanitarias**, participando entre otras cuestiones en programas multidisciplinares de análisis epidemiológico y educación en salud.

Estos principios conllevan una serie de características principales del modelo francés, las cuáles se describen en la siguiente figura [40] [41] [42]:

Características principales del modelo de atención de urgencias y emergencias francés



Fuente: SAMU Urgences de France

Figura 34. Características principales del modelo de atención de urgencias y emergencias francés

En resumen, los modelos internacionales se orientan progresivamente hacia una más **estrecha coordinación entre los agentes** intervinientes a todos los niveles, a **optimizar el uso de los recursos** según las características de la demanda, así como a integrar dentro de su actuación y planificación una mayor **orientación hacia las necesidades de los pacientes**, ubicándolos en el centro del sistema.

5.1.2 Iniciativas y modelos de referencia a nivel nacional

En relación a la atención de urgencias y emergencias sanitarias, el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, dentro del área de actuación de Fomento de la Excelencia Clínica del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud [43], publicó en 2010 el documento de **estándares y recomendaciones para la Unidad de Urgencias Hospitalarias**. Dicho documento recoge un total de 47 recomendaciones estructuradas en torno a 6 ámbitos de actuación [25]:

- Derechos y garantías del paciente (2 recomendaciones).
- Seguridad del paciente (19 recomendaciones).
- Organización y gestión (12 recomendaciones).
- Estructura y recursos materiales (5 recomendaciones).
- Recursos humanos (8 recomendaciones).
- Calidad (1 recomendación).

Aunque el objetivo del documento es esencialmente la mejora de la calidad y la seguridad de la práctica de las unidades de urgencias hospitalarias, es destacable señalar la mención que ya en 2010 se hacía al respecto del **aumento de la demanda asistencial urgente, de la saturación de este servicio y de su inadecuada utilización como situaciones compartidas por la mayor parte de países occidentales desarrollados**, aspectos que influyen sobre la definición de varias de las recomendaciones recogidas, por ejemplo, en aras de la incorporación plena de estas unidades en un sistema integral de urgencias que refuerce la coordinación entre los agentes implicados en la atención.

No obstante, en España las competencias en materia de atención de urgencias y emergencias sanitarias se encuentran esencialmente transferidas a las CC.AA. y a las EE.LL. Por dicho motivo, los modelos de atención y su propia evolución pueden diferir significativamente entre autonomías e, incluso, presentar particularidades específicas a nivel local.

Dada la relevancia y trascendencia social de la atención de urgencias, así como el elevado volumen de actividad al que se enfrentan y las reclamaciones que se generan como resultado de dicha actividad, pero cuyas causas pueden exceder el ámbito de actuación de los directamente implicados, **todos los Defensores del Pueblo de España desarrollaron un informe conjunto en 2014 centrado en las urgencias hospitalarias**, con tres objetivos generales [44]:

- Identificar derechos y garantías de la asistencia sanitaria de urgencias y sus estándares de aplicación.
- Analizar la asistencia a colectivos de personas vulnerables.
- Estudiar reclamaciones y sugerencias de los pacientes para utilizarlas como sistema de mejora.

Bajo dichas premisas, y con la participación de representantes de los pacientes, profesionales sanitarios de urgencias y gestores administrativos de los 17 servicios autonómicos de salud y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se desarrolló un análisis cuyas principales conclusiones se exponen a continuación.

Medios Materiales



- Son necesarios cambios en la organización y en la gestión de la realidad hospitalaria.
- Las herramientas de gestión clínica en urgencias carecen de trazabilidad y son vistas como un entorpecimiento y no como una ayuda.

Recursos humanos



- No hay profesionales especializados en todas las franjas horarias.
- Los médicos residentes asumen más responsabilidad de la que deben corriendo riesgo por estrés laboral.

Derechos de los pacientes



- La saturación produce menoscabo de la dignidad de pacientes (por ejemplo en situaciones de muerte o duelo).
- La disponibilidad de recursos debe ajustarse a las previsiones de los profesionales, que son acertadas.

Atención a colectivos vulnerables



- Derecho a recibir atención y a la continuidad asistencial por parte de inmigrantes en situación irregular.
- Protocolos específicos de atención y coordinación entre niveles asistenciales, dando prioridad y acompañamiento a personas y familiares en situaciones vulnerables.

La calidad como exigencia y garantía del servicio



- Acreditación de los servicios de urgencias a través de estándares propuestos por expertos y contando con los pacientes.
- Mejorar y homologar el sistema de reclamaciones y sugerencias para utilizarlo como sistema de mejora.

Fuente: "Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes", estudio conjunto de los Defensores del Pueblo de España.

Figura 35. Conclusiones informe de los Defensores del Pueblo de España sobre Urgencias Hospitalarias, 2015

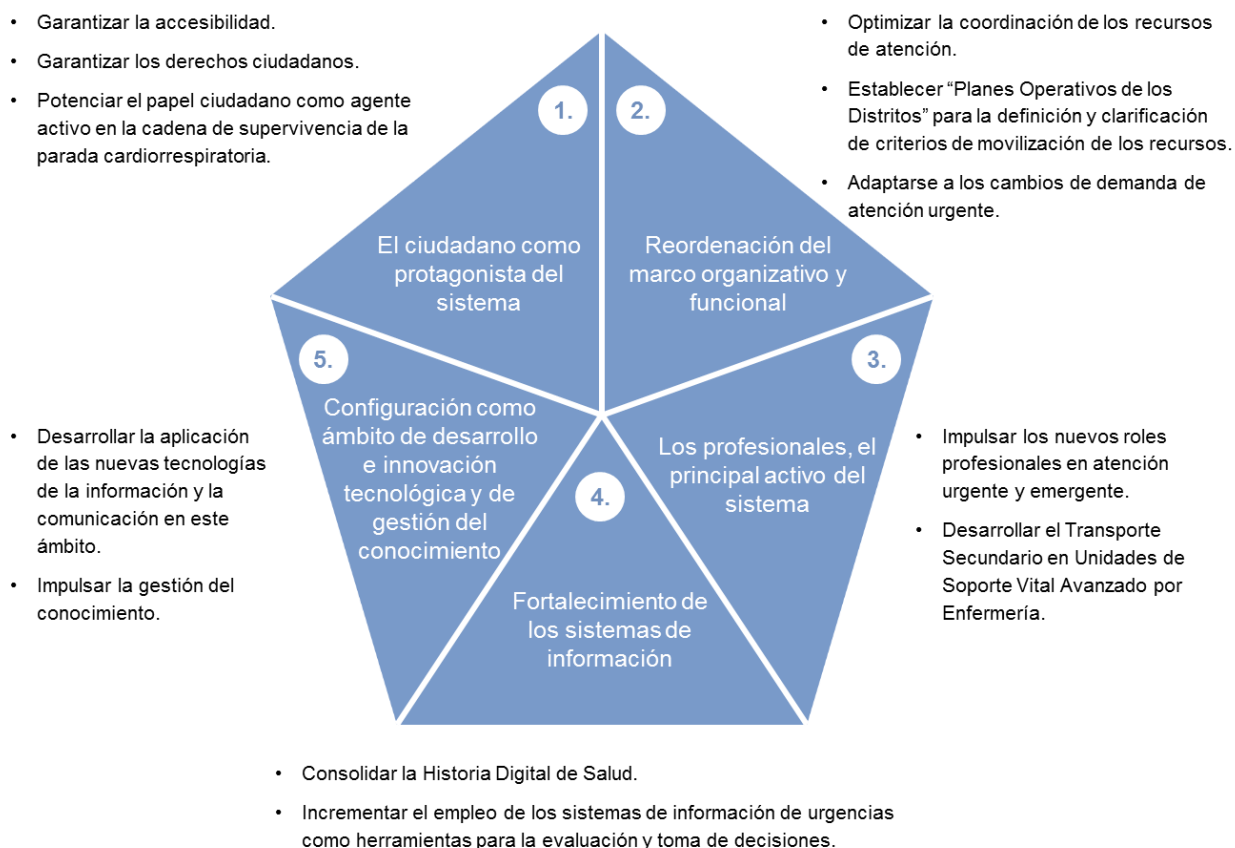
De cara a valorar cómo están evolucionando dichos modelos y las tendencias imperantes a nivel autonómico, se han analizado algunas de las últimas iniciativas de mejora, desarrollo y transformación de la atención de urgencias y emergencias sanitarias.

Una de las iniciativas de mayor alcance e impacto es el **Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias**. El sistema de urgencias y emergencias sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) atiende alrededor de 6 millones de demandas de atención en AP y aproximadamente otras 4 millones en

UH, a lo que cabe añadir las más de 600.000 movilizaciones anuales de equipos móviles de atención de emergencias, según los datos del propio SAS.

Desde 2014, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha estado trabajando en la definición, desarrollo e implantación del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias sanitarias. Así, dicho plan se estructura en torno a **5 líneas estratégicas**, las cuáles se recogen y detallan a continuación [45]:

Líneas estratégicas del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias



Fuente: Servicio Andaluz de Salud

Figura 36. Líneas estratégicas del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias sanitarias

La iniciativa más reciente de revisión y transformación de la atención de urgencias y emergencias sanitarias es el **Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias**, cuyo borrador fue presentado en febrero de 2016. Uno de los aspectos a considerar en relación a la definición de este plan son las características específicas de una región como las Islas Canarias, lo que ha influido en una notable variedad en cuanto a la organización de la atención urgente en cada una de las áreas de salud (islas) de la comunidad. Asimismo, un fuerte condicionante de dicho plan es la falta de homogeneidad en relación a la información de actividad capturada por el sistema.

En cualquier caso, aparte de estas limitaciones, se identifican una serie de retos significativos y, hasta cierto punto, compartidos por otros modelos de atención urgente y emergente, entre los que se pueden destacar los siguientes:

- Falta de alineamiento entre la dotación de recursos y la demanda a atender.
- Necesidad de una mayor resolutiveidad de dispositivos extrahospitalarios, especialmente en AP.
- Elevada heterogeneidad entre los centros hospitalarios en la definición, estructura, recursos y capacidad total de los diferentes servicios de urgencias.
- Falta de una respuesta integral del sistema que permita el drenaje de pacientes desde los servicios de urgencias hospitalarios y evite su sobreocupación.
- Necesidad de revisión y eventual refuerzo de los conciertos con centros privados.

Sobre los resultados de dicho análisis, el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias define las siguientes líneas estratégicas y objetivos, siguiendo un planteamiento similar al recogido en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias sanitarias [46].

Líneas estratégicas y objetivos del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias

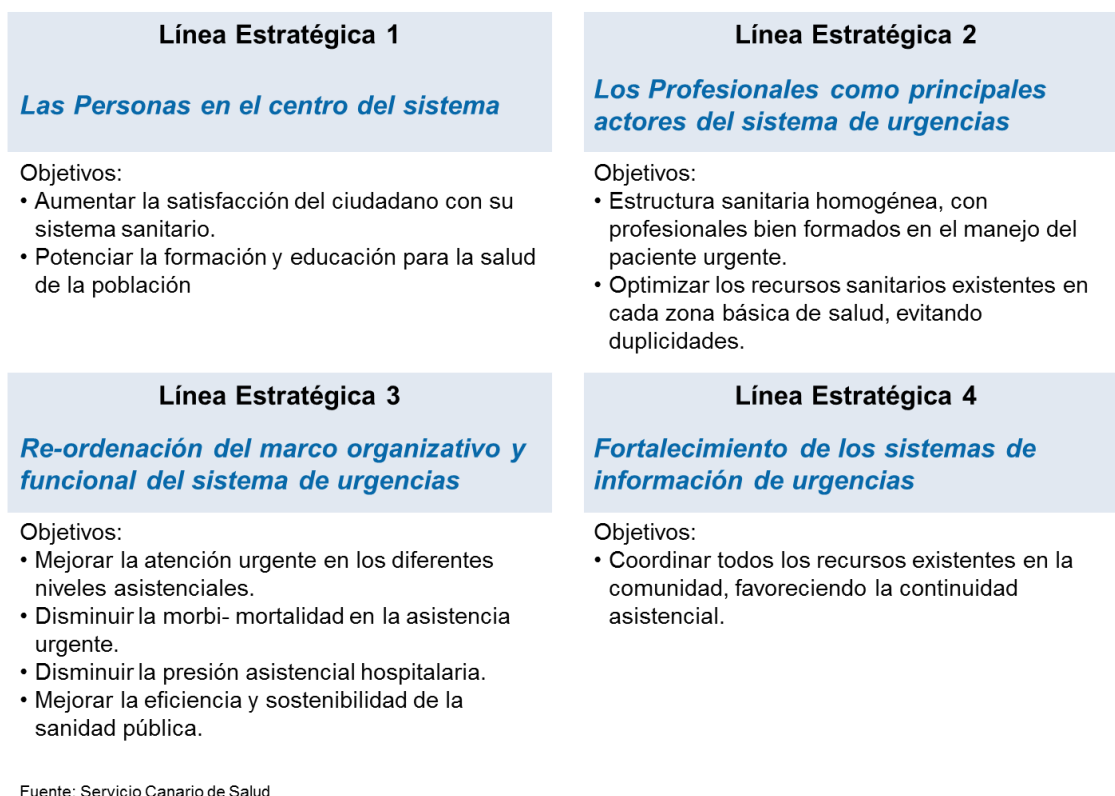


Figura 37. Líneas estratégicas y objetivos del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.

A modo de conclusión, pueden observarse varios puntos en común entre las medidas planteadas por los agentes analizados, como son el destacar al **paciente como agente activo** del sistema de salud, a **racionalizar los recursos existentes**, reforzando las capacidades del sistema y de los profesionales al tiempo que se evitan duplicidades, **impulsar la coordinación** entre los dispositivos y la continuidad asistencial para evitar la saturación de los dispositivos y prevenir riesgos, y favorecer el desarrollo de las **actuaciones preventivas**.

5.1.3 Marco estratégico en la C.M.

El sistema de salud madrileño es un sistema reconocido a nivel internacional, obteniendo excelentes resultados en los rankings y siendo valorado por encima del existente en otras ubicaciones como Londres o París por instituciones como el NHS inglés [18]. Específicamente, varios de los dispositivos que conforman el modelo de atención de urgencias y emergencias sanitarias regional **han sido galardonados en diversas ocasiones en los últimos años**, como el premio recibido por el Centro 112 en 2009 al mejor centro de recepción de llamadas de emergencias por parte de la EENA [12], la Asociación Europea de Números de Emergencia, o el premio a dicho centro en 2010 a la excelencia tecnológica por parte de esta entidad [50]. Asimismo, fue reconocido como modelo de referencia y caso de éxito multiagencia en las Jornadas Europeas de Servicios de Emergencias celebradas en 2012 [49].

El desarrollo del modelo es un esfuerzo continuado en el que la C.M. trabaja de forma continua desde hace años. En este sentido, el impulso transformador que pretende el presente Plan, cuenta con precedentes significativos que deben ser tenidos muy en cuenta de cara a la definición del propio Plan, siendo plenamente vigentes varias de las iniciativas desarrolladas en los últimos años. Así, cabe destacar:

- En el año 2011, se presenta el **Plan Estratégico de los Servicios de Urgencias Hospitalarios**. En él se recogen varias medidas tanto a nivel regional como a impulsar a nivel nacional, orientadas a afrontar los retos presentes y de futuro de dichos servicios, y estructuradas en torno a las siguientes categorías [47] [48]:
 1. **Recursos humanos, estructura y organización de los servicios de urgencias hospitalarios:** mejora de la planificación de recursos, capacitación de los profesionales, desarrollo de la carrera profesional, servicio centrado en el paciente, mejora de la funcionalidad de los espacios, etc.
 2. **Docencia / Formación en los SUH:** creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias sanitarias, desarrollo de la asignatura de Medicina de Urgencia en la carrera de Medicina, puesta en marcha de un Programa Formativo en Medicina de Urgencias y Emergencias sanitarias de postgrado, estructuración e impulso de la formación continuada, etc.
 3. **Áreas específicas de ampliación de los servicios de urgencias hospitalarios:** hospitalización a domicilio, cuidados intermedios, corta estancia, etc.
 4. **Sistemas de información:** acceso a la historia clínica online, integración de las diferentes plataformas de sistemas, desarrollo de la red informática y conexión con todos los agentes implicados, refuerzo de la protección y encriptación de los datos, etc.
 5. **Calidad de los servicios de urgencias:** análisis de las líneas de tiempo en tiempo real (“tracking”), impulso a la gestión del conocimiento, desarrollo de la mejora continua de la calidad asistencial, etc.

6. **Sistemas de urgencias y emergencias sanitarias:** integración de la actuación de todos los agentes dentro de un único proceso asistencial, implantación de los códigos de activación, etc.
- Durante la primera mitad de 2016 se ha trabajado en la elaboración del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Dentro de dicho Plan se ha definido específicamente un **Programa de Humanización de la Atención en Urgencias**. Dicho programa se orienta en torno a dos objetivos generales [35]:
 - I. Contribuir a la mejora de la satisfacción de pacientes, familiares y allegados y de los profesionales.
 - II. Proporcionar una atención personalizada a pacientes, familiares y allegados.

A partir de dichos objetivos, y atendiendo especialmente a las áreas de mejora identificadas a través del análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción de 2014 y 2015, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Facilitar información clínica y no clínica (acogida, procedimientos y pruebas previstos etc.) a pacientes y familiares a través de protocolos establecidos, y adecuación de espacios dedicados a este fin.
2. Facilitar el acompañamiento al paciente en el proceso asistencial, mediante un procedimiento establecido.
3. Promover la intimidad y confidencialidad del paciente en el proceso a través de espacios adecuados.
4. Establecer circuitos de atención prioritaria para pacientes en situación vulnerable, con protocolos y procedimientos que establezcan las actuaciones a llevar a cabo.
5. Facilitar la comodidad y el confort del paciente en el proceso de atención en el ámbito hospitalario y extrahospitalario.
6. Mejorar la capacitación de los profesionales (sanitarios y no sanitarios) en relación a la comunicación eficaz y habilidades de comunicación.
7. Potenciar la formación continuada de profesionales sanitarios y no sanitarios en el ámbito hospitalario y extrahospitalario.
8. Conocer el grado de satisfacción de los profesionales, a través de evaluaciones, para detectar oportunidades de mejora.
9. Fomentar el conocimiento del servicio por parte de las asociaciones de pacientes y de la sociedad civil.

Asimismo, la atención de urgencias y emergencias sanitarias se ha tratado también en varias iniciativas desarrolladas por la C.M. y orientadas a colectivos con necesidades específicas:

- En el año 2013, se publica la **Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid**, indicando para las 10 primeras enfermedades crónicas las medidas de coordinación y las actuaciones de los servicios de urgencias (hospitalarias y prehospitalarias) con los equipos de Atención Primaria [52].
- Además, en el 2010 se publica el **Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014**, donde se recogen varias medidas orientadas a mejorar la atención en urgencias de este tipo de pacientes y la coordinación con otros elementos del sistema, así como la adecuación de las instalaciones para estos pacientes, entre las que destaca la propuesta de protocolizar con el SUMMA112 su intervención en situación que así lo exijan [51].

5.2 Análisis DAFO del modelo actual de la Comunidad de Madrid

Una vez se ha valorado la situación de las urgencias y emergencias sanitarias en la C.M. y las tendencias en el desarrollo de la prestación de servicios en este ámbito a nivel global, nacional y local, a continuación, se han sintetizado las principales conclusiones obtenidas de este análisis junto con las de los talleres de los 5 grupos de trabajo siguiendo la **metodología de análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)**. Esta metodología de estudio, permite conocer la situación real en la que se encuentra una organización mediante el análisis de sus capacidades internas (Debilidades y Fortalezas) y el impacto del entorno en el que desarrolla su actividad (Amenazas y Oportunidades).

El elemento diferencial de este análisis es su visión global, a diferencia de otros planes donde el análisis DAFO se realizaba de forma individualizada por dispositivo, diferenciando por tanto la parte de urgencias extrahospitalarias y de las hospitalarias, **nuestro enfoque de análisis ha sido INTEGRAL, teniendo en cuenta el proceso de atención del paciente** y no la estructura organizativa del SERMAS en la Urgencia.



Principales Fortalezas:

- Extensa red con múltiples recursos que facilitan el tener una gran accesibilidad para la población.
- Satisfacción global de la atención de urgencias en Madrid de los ciudadanos situada en un nivel muy bueno, por encima del 81% en la Urgencia Hospitalaria y del 91% en el Summa112 [17] [20].
- Percepción excelente en relación al trato, amabilidad y competencia de enfermeros y celadores, con un nivel de aprobación ubicado por encima del 90% [17] [20].

- Personal de los distintos servicios de urgencias con un elevado grado de implicación y en posesión del know-how necesario para solventar situaciones de muy diferente índole.
- Elevada experiencia de los profesionales de los distintos servicios de urgencias que permite compensar la falta de unos mínimos comunes en la formación ofrecida.
- Flexibilidad y capacidad de adaptación de los servicios de urgencias y emergencias sanitarias ante la variabilidad de la demanda tanto en número como en tipo de patología.
- Existencia de unos Códigos de Activación sobre patología emergente (Ictus, Politraumatizado, PCR, Síndrome Coronario, donación en Asistolia, camino de Sepsis) que implican equipos multidisciplinares, con excelentes resultados, aunque sean revisables y monitorizables.

Principales Debilidades:

- Problemas de coordinación entre los distintos dispositivos, provocando que a una misma urgencia o emergencia acuda innecesariamente más de un dispositivo.
- Satisfacción de los usuarios en referencia a los tiempos de espera en los servicios de Urgencias Hospitalarias inferior al 63%, mientras que en el SUMMA112 se sitúa ligeramente por debajo del 77%¹⁶; datos similares en la percepción de los usuarios respecto a la primera atención y al ingreso en planta en las Urgencias Hospitalarias [17].
- Disparidad de los protocolos de actuación y la carencia de un proceso de atención integral, produciéndose que para una misma situación según el dispositivo que atienda la urgencia se genere variabilidad en la asistencia sanitaria y por tanto inequidades.
- Falta de estandarización y homogeneización de los medios de trabajo de los distintos dispositivos, dificultando el ofrecer una adecuada continuidad asistencial a los pacientes al cambiar de dispositivo de atención, suponiendo incluso sobrecostes para el sistema por incompatibilidades de los materiales utilizados.
- Dificultades en el drenaje de pacientes pendientes de ingreso en Urgencia Hospitalaria a la hospitalización, provocando la saturación de los recursos de urgencias tanto a nivel de espacios como de recursos humanos.
- Intimidad e inadecuada comunicación con el paciente o sus familiares, con unas ratios de satisfacción inferiores al 76%¹⁷ [17].
- Carencia de estabilidad de las plantillas y la falta de jerarquización en Urgencias Hospitalarias, provocando desincentivación y problemas de coordinación con otros servicios médicos.
- Plantilla de urgencias no adaptada en algunos casos a las necesidades del servicio, haciendo necesario que los MIR asuman un importante rol y una alta carga de trabajo.

¹⁶ Ver nota 3.

¹⁷ Ver nota 3.

- Presión asistencial y carencia de un programa de apoyo al profesional, generando en la plantilla de urgencias mayores problemas de *burn-out* que en otros colectivos asistenciales.
- No definición de unos mínimos comunes en la formación ofrecida a los profesionales de los distintos servicios de urgencias, lo que posibilita una elevada variabilidad en su preparación.
- No es posible compartir la información de los pacientes entre distintos dispositivos por no disponer de los medios necesarios.
- Falta de adaptación y del dimensionado adecuado de algunos espacios físicos de urgencias a las necesidades actuales de la población.
- Carencia de un cuadro de mandos homogéneo y una visión global que permita comparar y detectar necesidades, lo cual puede limitar la planificación a medio y largo plazo de los gestores.



Principales Oportunidades:

- Creación de la Agencia de Seguridad y Emergencias, mejorando la coordinación de diversos dispositivos del SERMAS y agentes externos que atienden la emergencia y la urgencia sanitaria de cara a dar una respuesta más eficaz a los ciudadanos.
- Orientación a la prevención y empoderamiento del paciente crónico derivado de la implantación de la Estrategia de Atención de este tipo de pacientes en la C.M., evitando una futura sobrefrecuentación derivada de reatenciones por descompensación o reagudización de este tipo de patologías.
- Conocimiento de las características de la demanda, segmentación de pacientes y desarrollo de acciones específicas sobre los mismos, impactando de forma muy positiva en una reducción de la frecuentación de la urgencia.
- Implantación de procesos que permitan compartir la información clínica y coordinación de recursos sobre pacientes entre distintos dispositivos, potenciando la calidad asistencial y optimizando la resolución de los distintos dispositivos de atención a la urgencia y a las emergencias, sean estos internos del SERMAS o externos.
- Compartición de experiencias, de espacios de colaboración y de formación conjunta de los profesionales de los distintos dispositivos de la urgencia y de aliados externos, mejorando la coordinación, la confianza y la capacidad de respuesta ante una urgencia o emergencia sanitaria.
- Desarrollo y potenciación de la atención domiciliaria y otras alternativas a la hospitalización convencional, generando una mayor capacidad de respuesta de las Urgencias en todos sus niveles.

- Mayor coordinación con el ámbito sociosanitario para mejorar la capacidad de resolución y la calidad de la atención de los pacientes institucionalizados.
- Foco hacia la humanización de la Sanidad de la C.M., facilitando el orientar la organización hacia el trato personalizado, la información clínica periódica, el acompañamiento y el trato humano y digno, entre otros, que a su vez permitirán dinamizar los tiempos de espera y mejorarán la tolerancia del paciente a los mismos.
- Dar voz y capacidad de participación al ámbito comunitario (asociaciones, sociedad civil...) en la mejora de las urgencias, para hacer más próxima la Urgencia a la población y generar un mayor entendimiento de su funcionamiento.
- La geografía de la C.M. permite realizar una atención urgente y emergente con un menor número de recursos hospitalarios y con menor necesidad de dotación de los servicios de emergencias.

Principales Amenazas:

- Escasa información a la población respecto al uso de los recursos asistenciales de la población lo que hace que los ciudadanos acudan muchas veces a un dispositivo de urgencias inadecuado o acudan innecesariamente.
- Continuidad del sistema orientado a la Urgencia Hospitalaria por su capilaridad y su accesibilidad tanto en tiempo como en proximidad geográfica, haciendo que se produzcan periódicamente procesos de saturación, mientras que la resolución de la urgencia extrahospitalaria es más limitada lo que la hace menos atractiva a los ciudadanos.
- Envejecimiento de la población, haciendo previsible que aumente la frecuentación y la presión asistencial a futuro, si bien las tendencias estadísticas muestran un estancamiento del volumen total de población en la C.M. en los próximos años.
- Demanda variable (a nivel de horas o días de la semana o estaciones como el invierno-gripe o primavera-alergias) que cíclicamente provoca picos de frecuentación difíciles de controlar.
- Diversidad de procesos asistenciales llevados a cabo en la Urgencia con diversa gravedad y complejidad, dificultando una planificación y organización a priori de la misma.
- Peso significativo de las patologías leves en el conjunto de la actividad desarrollada en las urgencias hospitalarias, patologías que podrían ser atendidas por otro dispositivo asistencial para evitar la saturación de las urgencias.
- Duplicidad de funciones con otros agentes externos en la atención a la emergencia sin un modelo de coordinación, lo que implica ineficiencias y poca o nula capacidad de mejorar los tiempos de respuesta.
- Capacidad de mejora en el transporte sanitario y en la transferencia de pacientes sobre todo en el traslado entre dispositivos y en la vuelta al domicilio.
- No reconocimiento de Urgencias como especialidad médica, generando desigualdades entre los profesionales dentro de la organización.

Finalizado el análisis y sintetizadas las conclusiones podemos extraer las líneas guía que deben de orientar tanto la organización como la prestación asistencial de la atención de urgencias y emergencias sanitarias de la C.M.

5.3 Claves que deben orientar la mejora de las Urgencias y Emergencias Sanitarias

Aunque el modelo de atención de las urgencias y emergencias sanitarias en la C.M. es un referente a nivel internacional, eso no implica que no haya cosas que puedan mejorarse, sobre todo porque la respuesta a la demanda sanitaria urgente ha ido adquiriendo una importante complejidad médica y organizativa, al involucrar y coordinar a distintos agentes. A esto hay que sumar que la presión asistencial sobre los distintos dispositivos de urgencias de la C.M. ha aumentado durante los últimos años, debido a varios factores, entre los que destacan el aumento en alrededor de medio millón de habitantes entre los años 2006 y 2012 [3] [4], y al progresivo envejecimiento de la población que se acentuará en el futuro, incrementando el peso del grupo de edad de 65 o más años en la población de la región desde el 16,95% a 1 de enero de 2015 hasta el 20,64% que se prevé en 2024 [4].

Así, las claves para orientar la evolución de la atención ante una urgencia o una emergencia sanitarias en la C.M. serán:

- Orientar la organización hacia los pacientes, mejorando tanto la calidad experimentada y la percibida por los enfermos y sus familias.
- Disponer de dispositivos operando en línea con la Agencia de Seguridad y Emergencias y trabajando de forma conjunta y coordinada, activando el recurso más adecuado en cada momento.
- Concienciar tanto a los profesionales del Servicio Madrileño de Salud como a los pacientes que, ante una urgencia, el hospital no siempre debe ser la primera opción, pudiendo atenderse perfectamente en Atención Primaria muchos procesos asistenciales.
- Potenciar la prevención y la educación para la salud para evitar reatenciones innecesarias en urgencias, sobre todo de pacientes crónicos o mayores.
- Asegurar una continuidad y una atención coordinada entre dispositivos de urgencias, y con el resto del sistema asistencial.
- Impulsar alternativas a la hospitalización convencional, y mejorar la coordinación con la atención sociosanitaria y con los recursos de asistencia en cuidados prolongados de media y larga estancia.
- Incrementar la eficiencia del servicio de urgencias dotándolo de profesionales y equipos que hagan frente a la demanda y que se integren en redes de trabajo productivos y de calidad.

- Asegurar unos adecuados tiempos de espera, monitorizando los mismos, comparándolos entre distintos centros, y estableciendo mecanismos de ajuste que hagan que no se alarguen de manera innecesaria incluso en periodos de alta frecuentación.
- Tratar al paciente, incluso cuando llama por teléfono, de forma personalizada y humana.

En definitiva, este Plan Director representa una **oportunidad para continuar mejorando la organización y la atención de la urgencia y la emergencia en la C.M.** tomando como referencia las necesidades de atención de la población (paciente es el centro en el que pivotan las actuaciones sanitarias), y aprovechando las capacidades humanas, tecnológicas y de recursos de los que el sistema ya dispone en estos momentos (coordinándolas y orientándolas a la prevención y a la educación en el uso de recursos).

6 Definición del Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid

6.1 Bases del Plan Director: Objetivos, alcance y principios inspiradores

6.1.1 Bases del desarrollo del Plan

La C.M. se enfrenta en la actualidad a importantes retos en la atención de urgencias y emergencias sanitarias, desde el impacto en la demanda por el progresivo envejecimiento de la población hasta cuestiones de carácter interno al sistema, pero con notable impacto sobre la asistencia, como la necesidad de reforzar la coordinación entre los agentes implicados a todos los niveles: operativo, tecnológico, etc. Todo ello en un contexto cada vez más **orientado y centrado en dar respuesta a las necesidades de los pacientes y de su entorno**, quienes actualmente valoran positivamente el nivel global de la atención, pero esperan una respuesta más rápida y eficaz.

Este Plan es uno de los compromisos de la Consejería de Sanidad de la C.M., dentro de la puesta en marcha de un **nuevo marco de atención integral, coordinada y con el paciente como centro del sistema**. En este marco, el Plan Director debe servir para sentar las bases de desarrollo futuro de atención de urgencias y emergencias sanitarias en la C.M., a través de una transformación duradera que implique a los diferentes agentes del sistema sanitario y que atienda a todas las dimensiones de la atención de urgencias.

Para llevar a cabo el desarrollo del Plan Director se constituyeron varios grupos de trabajo con numerosos profesionales del sistema sanitario público de la C.M. y algunos colaboradores externos (ver el anexo de “Metodología” para más detalles), para poner en común el análisis de la situación actual y las perspectivas de evolución de la atención a urgencias y emergencias sanitarias en la C.M., así como identificar las principales áreas de mejora y definir las iniciativas prioritarias a desarrollar. Así, se conformaron **5 grupos de trabajo** al que se han sumado las **conclusiones respecto al ámbito de urgencias del Plan de Humanización** liderado por la D. G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Los grupos son:

- Urgencias de Atención Primaria.
- Urgencias de Atención Hospitalaria.
- Urgencias de Atención Prehospitalaria.
- Continuidad Asistencial.
- Grupo de emergencias.

La información obtenida en los grupos de discusión fue revisada y validada por el Comité de Dirección del Plan Director, liderado por el equipo de dirección del Servicio Madrileño de Salud.

El análisis realizado en los grupos de trabajo dio lugar al establecimiento de los objetivos para llevar a cabo la transformación de las Urgencias y Emergencias Sanitarias de la C.M., a partir de un enfoque de

atención integral, centrado en la persona. Estos objetivos permitieron a su vez definir un conjunto de **7 líneas de actuación, 39 proyectos y 138 actuaciones** específicas en los diversos ámbitos de interés, muchas de ellas ya en marcha por que derivan del Plan Estratégico de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del 2011, y en torno al cual se articula el presente plan.

En la siguiente figura se muestra un esquema general de la estructura del plan por niveles.

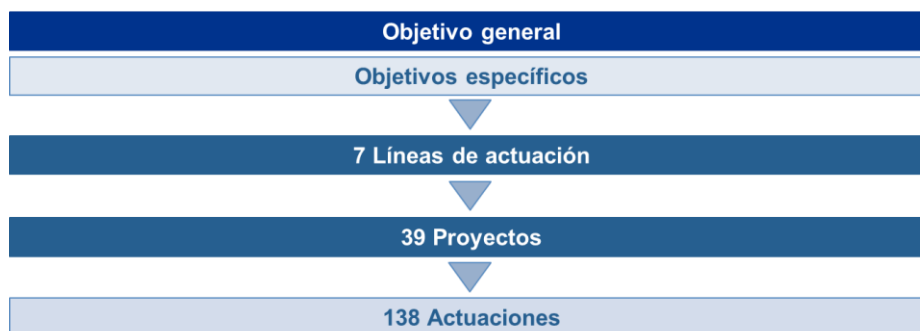


Figura 38. Niveles del Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias de la C.M.

6.1.2 Objetivos del Plan

El **objetivo general** del Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias de la C.M., es el siguiente:

Adaptar la atención de urgencias y emergencias a las nuevas necesidades sanitarias de los ciudadanos, desde una perspectiva de excelencia, transparencia, humanización, rigor y sentido de la responsabilidad, situando al ciudadano "como eje del sistema", a partir de una mejor ordenación de los recursos disponibles, una mejora de las infraestructuras, fomentando una atención con una mayor coordinación entre los diversos dispositivos de urgencias y emergencias, una mejor dotación y motivación de nuestros profesionales, y un uso más racional de los recursos por parte de los pacientes.

Además del objetivo general del Plan Director, y atendiendo principalmente a las aportaciones de los grupos de trabajo, se han definido **12 objetivos específicos** que se detallan a continuación:

- Objetivo 1:
Identificar correctamente “la demanda urgente y de emergencia” asignando el recurso óptimo en base a las necesidades de cada paciente.
- Objetivo 2:
Fortalecer las alianzas estratégicas con el resto de instituciones que intervienen en la urgencia y la emergencia.
- Objetivo 3:
Aumentar la **visibilidad de los Servicios de Urgencias hacia la población.**

- Objetivo 4:
Incrementar la supervivencia y la calidad de atención ante una urgencia y/o emergencia.
- Objetivo 5:
Favorecer la atención de los ciudadanos en los **dispositivos de urgencias extrahospitalarias**.
- Objetivo 6:
Establecer **circuitos de atención coordinados** y unos procedimientos operativos homogéneos entre los distintos dispositivos de atención a la urgencia.
- Objetivo 7:
Impulsar el desarrollo de **protocolos de prevención y atención** específicas para determinados segmentos de la población o patologías tiempo-dependientes.
- Objetivo 8:
Potenciar la utilización de alternativas a la hospitalización convencional y mejorar la **coordinación con el ámbito sociosanitario**.
- Objetivo 9:
Contribuir a **mejorar la satisfacción y la calidad experimentada y percibida** de los pacientes, sus familiares y/o allegados.¹⁸
- Objetivo 10:
Proporcionar una **atención personalizada a los pacientes**, familiares y allegados en los servicios / unidades de urgencias.¹⁹
- Objetivo 11:
Poner en valor la profesión de urgencias y fomentar la sensación de pertenencia a un Servicio reconocido por la sociedad.
- Objetivo 12:
Facilitar la **implantación** de las **nuevas tecnologías** que faciliten la información, la comunicación y la relación entre los diferentes dispositivos de urgencias.

6.1.3 Alcance y principios inspiradores del Plan

Como elemento diferencial a la hora de abordar la realización del presente Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias, está su **visión integral**, esto es se ha realizado pensando en el ciudadano, en las necesidades del mismo a lo largo de todo su proceso de atención, desde que accede al Sistema de Urgencias o Emergencias Sanitarias al identificar una necesidad hasta que es dado de alta y se le realiza si fuese el caso un seguimiento posterior de su proceso, pasando por la organización y coordinación de todos los dispositivos en los que es atendido. De ahí que el **alcance de este Plan Director** incluye la prestación urgente en AP, Summa 112, UH y en los centros de coordinación, además de las

¹⁸ Objetivo incorporado del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.

vinculaciones derivadas de su actividad con otros agentes como la Agencia de Seguridad y Emergencias o Protección Civil, entre otros.

Además, se han definido **11 principios rectores claves para el diseño del Plan Director**, de cara a orientar y definir las líneas de actuación, así como diseñar y desarrollar los diferentes proyectos y actuaciones en los que se componen dichas líneas, las cuales se describen en la siguiente figura:

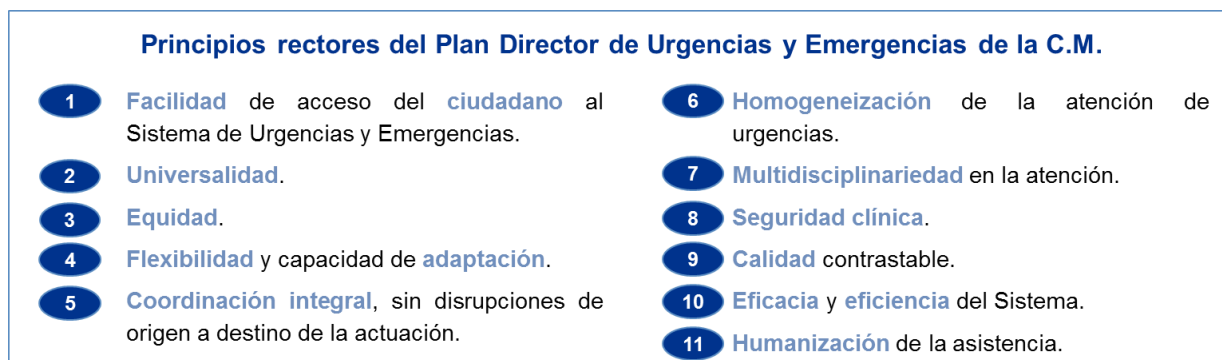


Figura 39. Principios rectores del Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias de la C.M.

6.2 Líneas de actuación y proyectos

Para lograr los objetivos descritos de acuerdo a la situación actual y a las tendencias existentes, al alcance definido y según los principios de desarrollo del plan, se plantean una serie de **líneas de actuación** entorno a las que estructurar el Plan. Dichas líneas se detallan a continuación:

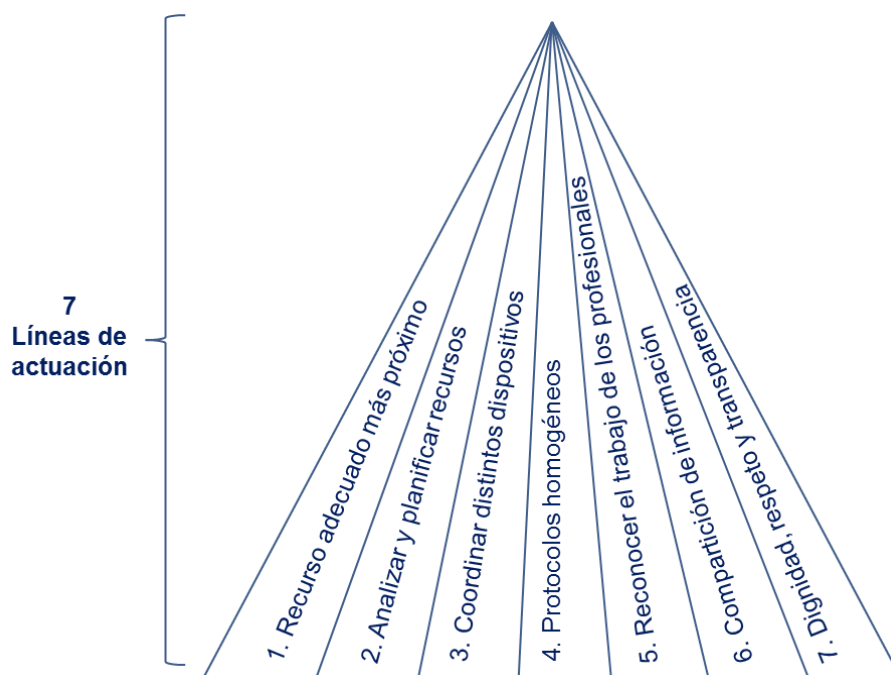


Figura 40. Líneas de actuación del Plan Director de Urgencias y emergencias sanitarias de la C.M.



1. **Un sistema de emergencias que active el recurso adecuado más próximo con el menor tiempo de respuesta al ciudadano.** Para ello, es necesario tener un alto conocimiento de las necesidades y características de la población y del territorio, así como el uso de las nuevas tecnologías que faciliten el proceso de respuesta al ciudadano en caso de situación de urgencia o emergencia. Además, es importante ofrecer una respuesta integral que facilite la correcta identificación y activación de los recursos de un modo eficiente y eficaz, por lo que la coordinación y cooperación entre todos los agentes implicados es indispensable.



2. **Analizar y planificar la distribución y las funciones de los recursos para evitar sobrecostes, redundancias y mejorar la accesibilidad.** La potenciación de la comunicación entre dispositivos y centralizar y consolidar la coordinación en un único agente son sólo algunas de las medidas necesarias para la consecución de un sistema más eficaz y accesible. También es importante concienciar y formar a los ciudadanos en el correcto uso de los dispositivos, para que sean capaces de elegir el que más se adecue en cada momento y a cada situación.



3. **Coordinar los distintos dispositivos para optimizar tiempos de respuesta, evitando derivaciones innecesarias y potenciando la utilización de recursos de proximidad.** Uno de los aspectos clave para potenciar la cercanía de la atención urgente al paciente es el impulso y potenciación de la atención urgente en primaria, de tal forma que se eviten derivaciones a otros dispositivos y, al mismo tiempo, se aumente su uso en situaciones de urgencia sin riesgo vital. Entre las medidas para minimizar las derivaciones, puede también destacarse una mejor identificación de los recursos y capacidades de los dispositivos de atención urgente, que posibiliten el traslado de los pacientes al centro más adecuado para su tratamiento, el cuál no necesariamente tiene porqué ser el más cercano.

4. **Disminuir la variabilidad clínica homogeneizando criterios de atención a través de protocolos comunes entre distintos dispositivos.** Es fundamental generar protocolos comunes de actuación ante diferentes tipos de situaciones y para distintos colectivos, de tal forma que se minimice la heterogeneidad en la asistencia prestada al paciente entre los distintos recursos en los que se compone el sistema. Esta homogeneización requerirá además de la estandarización de los medios humanos y materiales disponibles en los distintos dispositivos de manera que se pueda ofrecer una respuesta adecuada y similar de acuerdo al tipo de centro y nivel de atención en el que se ubique: primaria, prehospitalaria u hospitalaria.



5. **Reconocer el trabajo de los profesionales de urgencias y apoyar su crecimiento profesional.** La motivación de los profesionales sanitarios es un factor clave en la prestación de una atención efectiva y de calidad. Dicha motivación se puede fomentar a partir del impulso a la formación de los profesionales, diseñando e implementando un plan homogéneo que dote a los profesionales sanitarios de herramientas que les permitan satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes. También contribuye a ello el impulso a la investigación en este ámbito y a la relación entre los agentes implicados y el trabajo en red y multinivel, facilitando la visibilidad de su trabajo. En este contexto es igualmente importante preservar esa motivación, equilibrando la carga de trabajo,

reforzando los recursos necesarios para asumirla, y aumentando la estabilidad y seguridad en el trabajo de los profesionales.



6. **Impulsar la evaluación, la comparación de datos y la compartición de información adecuando los SSII.** En este sentido es fundamental impulsar el diseño de un cuadro de mando integral específico para los diferentes dispositivos, que permita realizar un benchmark entre centros con la información recogida en cada uno de ellos que a su vez facilite el análisis y mejora continua del sistema. Desde el punto de vista del proceso de atención, es igualmente importante el desarrollo y mejora de las comunicaciones informáticas entre los diferentes dispositivos implicados, singularmente entre la atención primaria y el resto de la red, para facilitar las derivaciones y el acceso a la información de los pacientes, resultado en una respuesta optimizada y adecuada en cada caso.



7. **Asegurar la dignidad, el respeto y la transparencia en el trato con el paciente y su entorno.**¹⁹ El sistema debe ser accesible y de fácil comprensión para el paciente. Para ello se plantean entre otras medidas la creación de un referente interno que facilite al paciente y a sus familiares el proceso en el que se encuentren, así como el impulso a la autonomía del paciente, siempre desde una transmisión de la información completa, adecuada a cada caso y en la que se garantice su comprensión. En esta línea, es imprescindible contar con la opinión de los pacientes y sus familiares a través de ellos mismos o de asociaciones de pacientes, con el fin de obtener un sistema de mayor calidad que sitúe al paciente como eje.

Cada una de las líneas de actuación descritas anteriormente se desarrolla a partir de una serie de **proyectos** que contribuirán a alcanzar los objetivos previstos. A continuación, se desglosan cada una de las líneas en los proyectos que las articulan:

¹⁹ Aportaciones del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019

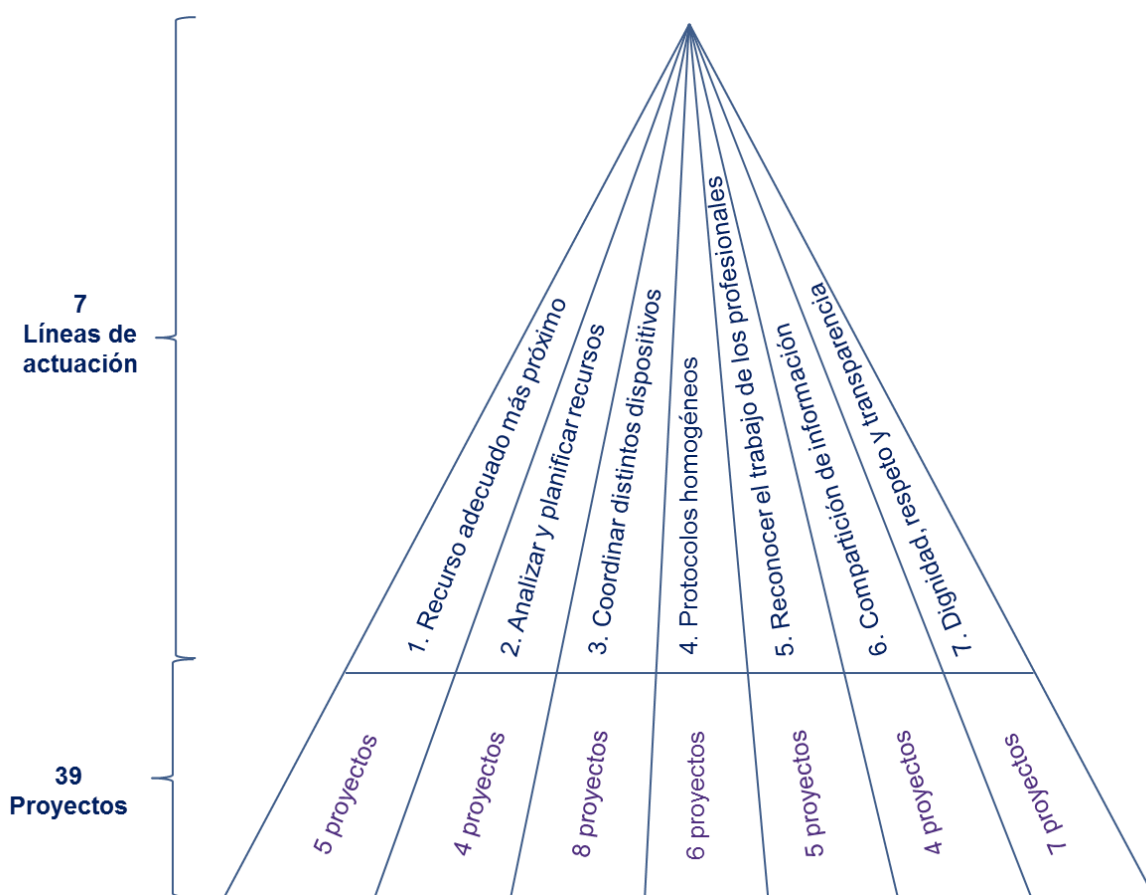


Figura 41. Líneas de actuación y proyectos asociados



1ª Línea de actuación: Un sistema de emergencias que active el **recurso adecuado más próximo** con el menor tiempo de respuesta al ciudadano.

1. Revisar el árbol lógico para mejorar la identificación de la emergencia.
2. Crear un sistema de emergencias único: múltiples dispositivos actuantes (sanitarios o no sanitarios) ofreciendo una respuesta integral y normalizada.
3. Zonificar por criterios territoriales, poblacionales y fundamentalmente asistenciales para ofrecer el mejor TRC posible.
4. Ofrecer una respuesta escalonada (alertante, primer respondiente, Centro de Salud, SUAP, SAR, UAD, SVB, VIR, SVA, Helicóptero, Hospital), al objeto de ofrecer una calidad incremental.
5. Definir e implantar procedimientos operativos y asistenciales normalizados, priorizando las patologías tiempo-dependientes con la asignación del recurso más adecuado del sistema.



2ª Línea de actuación: Analizar y planificar la distribución y las funciones de los **recursos** para evitar sobrecostes, redundancias y mejorar la accesibilidad.

1. Centralizar la coordinación de la atención urgente en un único agente.
2. Planificar adecuadamente la organización general de los dispositivos, las unidades de referencia y ordenar los flujos de derivación.
3. Potenciar la comunicación entre los distintos dispositivos (Primaria, Prehospitalaria, Hospitalaria) para solucionar dudas y derivar al centro más adecuado.

4. Estratificar la población y diseñar acciones para educar y concienciar a la población del correcto uso de los dispositivos de urgencias.



3ª Línea de actuación: Coordinar los **distintos dispositivos** para optimizar tiempos de respuesta, evitando derivaciones innecesarias y potenciando la utilización de recursos de proximidad.

1. Diseñar e implantar un proceso de atención integral del paciente susceptible de atención urgente.
2. Incrementar la capacidad de resolución de las urgencias de Atención Primaria y de Prehospitalaria.
3. Potenciar una mayor coordinación en el transporte y la transferencia de pacientes entre Atención Primaria / Prehospitalaria / Hospitalaria, y activación según historial y patología del paciente.
4. Impulsar el triage y la coordinación de la Urgencia Hospitalaria (UH) con otras especialidades hospitalarias en procesos multidisciplinares en fase aguda.
5. Agilizar el alta en UH disminuyendo el tiempo de estancia una vez que se decida la necesidad de ingreso hospitalario.
6. Reorganizar la continuidad de cuidados de enfermería, estandarizando su metodología.
7. Facilitar altas precoces en las UH potenciando alternativas a la hospitalización convencional.
8. Mejorar la coordinación con servicios sociales / residencias.



4ª Línea de actuación: Disminuir la variabilidad clínica **homogeneizando** criterios de atención a través de **protocolos** comunes entre distintos dispositivos.

1. Generar protocolos de actuación frente a situaciones de especial seguimiento.
2. Protocolizar la gestión de colectivos vulnerables y/o de riesgo.
3. Protocolizar la gestión del paciente pediátrico.
4. Homogeneizar los recursos y medios disponibles en los distintos dispositivos (tanto en Primaria, Hospitalaria y Prehospitalaria).
5. Fomentar la mejora continua y control de calidad asistencial.
6. Garantizar la seguridad del paciente.



5ª Línea de actuación: Reconocer el trabajo de **los profesionales** de urgencias y apoyar su crecimiento profesional.

1. Diseñar un plan de formación homogéneo, continuo y conjunto en unos contenidos mínimos.
2. Elaborar un plan de adecuación que contenga un correcto dimensionado de recursos humanos en función de las cargas de trabajo y que permita dar estabilidad a las plantillas.
3. Potenciar y divulgar la investigación en el ámbito de las urgencias en todos los niveles.
4. Disponer de canales de comunicación: trabajo multidisciplinar entre niveles.
5. Garantizar la seguridad en el trabajo.



6ª Línea de actuación: Impulsar la evaluación, la comparación de datos y la **compartición de información** adecuando los SSII.

1. Disponer de un Sistema de Monitorización de Tiempos y un Cuadro de Mandos Integral común que permita un benchmark entre centros.
2. Instaurar un sistema de codificación homogéneo.
3. Desplegar de forma completa e integrar funcionalmente los SSII en la urgencia.
4. Impulsar el establecimiento de objetivos comunes de los diferentes niveles valorados a través de acuerdos gestión/productividad variable.



7ª Línea de actuación: Asegurar la **dignidad**, el **respeto**, la atención personalizada y la **transparencia** en el trato con el paciente y su entorno.

1. Promover un acceso rápido y con el menor coste posible al sistema de urgencias por vía telefónica
2. Asignar siempre un referente interno al paciente de urgencias e informarle del tiempo estimado para iniciar su atención.
3. Facilitar la adecuada y suficiente información a pacientes y familiares.
4. Impulsar el acompañamiento del paciente durante el proceso asistencial de urgencias, garantizando el adecuado funcionamiento del servicio.
5. Promover la intimidad y la confidencialidad del paciente.
6. Fomentar una mayor comodidad y confort en todo el proceso asistencial y racionalizar espacios en zona de UH.
7. Incorporar la visión de las asociaciones de pacientes y la sociedad civil.

Para llevar a cabo los proyectos asociados a cada línea de actuación es necesario articularlos en **actuaciones** que impliquen a todos los agentes del Sistema Sanitario y que tengan por fin último la consecución de los objetivos fijados en el Plan Director.

A continuación, se presenta el número de actuaciones definido para cada línea de actuación:

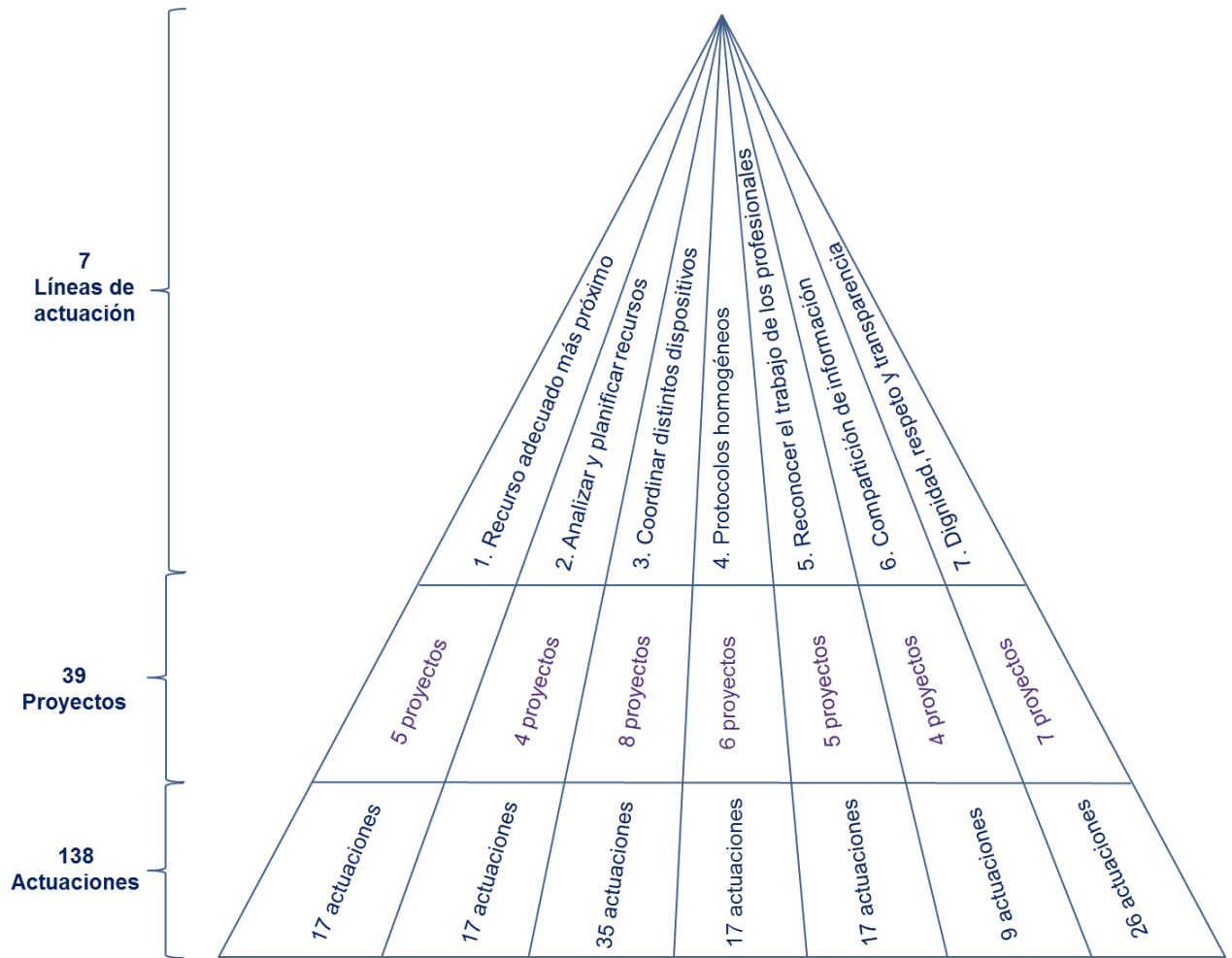


Figura 42. Actuaciones por línea de actuación

Estas actuaciones se desglosan en las siguientes páginas, indicando además a que proyecto y línea de actuación pertenecen:

L.A. 1 Un sistema de emergencias que active el recurso adecuado más próximo con el menor tiempo de respuesta al ciudadano.



Proyecto 1.1 Revisar el árbol lógico para mejorar la adecuación de la emergencia.

- I. Puesta en común con los diferentes intervinientes en la mejor definición de la emergencia para intentar separarla lo máximo posible de la urgencia convencional.
- II. Automatización de la asignación del recurso útil más cercano mediante GIS.

Proyecto 1.2 Crear un sistema de emergencias único: múltiples dispositivos actuantes (sanitarios o no sanitarios) ofreciendo una respuesta integral y normalizada.

- I. Incorporación en el Sistema de Emergencias Sanitarias de todos los recursos sanitarios destinados a emergencias sanitarias en la Comunidad de Madrid acreditados.
- II. Definición de protocolos NRBQ a partir de un grupo conjunto entre todos los intervinientes Samur, Summa112, Bomberos, Policía, Ejército.
- III. Respuesta coordinada ante incidentes de múltiples víctimas de todos los recursos prehospitalarios y hospitalarios de la Comunidad de Madrid.
- IV. Unificación de los aspectos comunes de los distintos planes de catástrofes externas.
- V. Diseño de un plan global de alertas epidemiológicas y de salud pública.

Proyecto 1.3 Zonificar por criterios territoriales, poblacionales y fundamentalmente asistenciales para ofrecer el mejor TRC posible.

- I. Adecuación de la oferta a la demanda en el dominio del tiempo y especialmente en la resolución de las emergencias.
- II. Acuerdos con Protecciones Civiles (PC) y en especial con SAMUR PC en Madrid.

Proyecto 1.4 Ofrecer una respuesta escalonada (alertante, primer respondiente, C. Salud, SUAP, SAR, UAD, SVB, VIR, SVA, Helicóptero, Hospital), al objeto de ofrecer una calidad incremental.

- I. Plan de formación para primeros intervinientes.
- II. Acreditación de uso y registro de instalación de desfibriladores semiautomáticos (DESA).
- III. Creación de un registro de dispositivos de Emergencia y Urgencias disponibles que fuera actualizable con facilidad y de fácil consulta.

Proyecto 1.5 Definir e implantar procedimientos operativos y asistenciales normalizados, priorizando las patologías tiempo-dependientes con la asignación del recurso más adecuado del sistema.

- I. Optimización del TRC e identificar y desglosar los diferentes tiempos para identificar áreas de mejora.
- II. Definición, desarrollo e implantación de soluciones tecnológicas encaminadas a :
 - Integración de aplicaciones interdispositivos para minimizar el TRC.
 - Gestión de recursos basada en geolocalización.
 - Desarrollo de Redes de Comunicaciones.
- III. Establecer registros de patologías tiempo dependientes y patologías frecuentes de los servicios de emergencias con seguimientos de la evolución que permitan la investigación y validar procedimientos.
- IV. Desarrollo de la normativa para la ordenación del sector de las emergencias sanitarias en la Comunidad de Madrid, mediante la acreditación de estructuras.
- V. Establecer un marco de colaboración que rijas las relaciones con la Sociedad Madrileña de psicólogos clínicos para situaciones especiales .

Figura 43. Actuaciones de los proyectos asociados a la 1ª línea de actuación (Recurso adecuado más próximo)

L.A. 2 Planificar y reordenar la distribución y las funciones de los recursos para evitar sobrecostes, redundancias y mejorar la accesibilidad.



Proyecto 2.1 Centralizar la coordinación de la atención urgente en un único agente.

- I. Mejorar la organización del Servicio de Coordinación de Urgencias (SCU).
- II. Compatibilización del trabajo en coordinación con la labor asistencial.

Proyecto 2.2 Planificar adecuadamente la organización general de los dispositivos, las unidades de referencia y ordenar los flujos de derivación.

- I. Revisión de ubicaciones de recursos siguiendo criterios de equidad temporales en la respuesta tanto para zonas urbanas como rurales.
- II. Identificación de centros excelentes para patologías tiempo dependientes y centralización de dichas patologías.
- III. Estudio de identificación de necesidades de nuevos Centros de Urgencias Hospitalarias (CUE) para poblaciones distantes de hospitales.
- IV. Análisis de la ordenación y dependencia de los SAR.
- V. Valoración de unidades especiales:
 - Atención sanitaria en montaña.
 - Atención sanitaria en medio acuático.
- VI. Impulsar la norma para la jerarquización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Proyecto 2.3 Potenciar la comunicación entre los distintos dispositivos (Primaria, Prehospitalaria, Hospitalaria) para solucionar dudas y derivar al centro más adecuado.

- I. Consenso con Atención Primaria de los procedimientos subsidiarios de atención continuada estableciendo horarios orientativos para los mismos.
- II. Apertura de canales de interconsulta telefónica o telemática entre profesionales.
- III. Impulso a la comunicación entre los dispositivos de atención al paciente para detectar problemas comunes.
- IV. Accesibilidad a la información clínica del paciente por parte de todos los agentes implicados.
- V. Posibilidad de generar cita tanto para primaria como a otro tipo de consultas desde cualquier ámbito.

Proyecto 2.4 Estratificar la población y diseñar acciones para educar y concienciar a la población del correcto uso de los dispositivos de urgencias.

- I. Estudio de frecuentación según clasificación Manchester y estratificación de los pacientes según su proceso y análisis riguroso de los pacientes que acuden a Urgencias y que precisa ingreso hospitalario.
- II. Detección de pacientes hiperfrecuentadores y establecer estrategias.
- III. Información a la población sobre el correcto uso de los dispositivos de urgencias.
- IV. Normas para profesionales para la utilización del transporte sanitario e información a la población.

Figura 44. Actuaciones de los proyectos asociados a la 2ª línea de actuación (Analizar y planificar recursos)

L.A. 3 Coordinar los distintos dispositivos para optimizar tiempos de respuesta, evitando derivaciones innecesarias y potenciando la utilización de recursos de proximidad.



Proyecto 3.1 Diseñar e implantar un Proceso de Atención Integral del paciente urgente.

- I. Desarrollo del PAI y revisión de protocolos conjuntos homogéneos, consensuados y conocidos con respecto a los criterios de derivación de pacientes a la Urgencia Hospitalaria.
- II. Segmentación e identificación de grupos de pacientes clave y establecimiento de estrategias de prevención y atención específicas conjuntas.
- III. Favorecimiento de la continuidad de la atención médica y de enfermería, estableciendo la obligación por parte de los dispositivos de urgencia de un Informe de Alta y de generar alertas.
- IV. Disponibilidad por parte del paciente de la medicación prescrita en los servicios de urgencias tras el alta sea a través de dispensación de medicación directa o en forma de recetas.

Proyecto 3.2 Incrementar la capacidad de resolución de la urgencias de AP y de Prehospitalaria.

- I. Facilitación del acceso a consulta de primaria para evitar la utilización de otros recursos.
- II. Mayor capacidad resolutoria de los SUAP y SAR.

Proyecto 3.3 Potenciar una mayor coordinación en el transporte y la transferencia de pacientes entre AP / Pre / Hosp, y activación según historial y patología del paciente.

- I. Establecimiento de una sistemática de traslado del paciente por su historial al recurso más adecuado que no tiene que ser el más cercano.
- II. Posibilidad de traslado al paciente con patologías menos urgentes de traslado a centros privados en caso de solicitarlo y ser posible.
- III. Regulación del transporte interhospitalario preestableciéndose según los diferentes procesos patológicos.
- IV. Implantación de un protocolo normalizado y homogéneo de transferencia a los hospitales.
- V. Adecuación del número de vehículos de apoyo a otras unidades y potenciar sus competencias.
- VI. Revisión de los diferentes transportes especiales presentes hoy en día:
 - Neonatal.
 - Psiquiátrico.
 - Bariátrico.
 - Aéreo.
- VII. Racionalización en el empleo de ambulancias desde todos los dispositivos.

Proyecto 3.4 Impulsar el triaje y la coordinación de la UH con otras especialidades hospitalarias en procesos multidisciplinares en fase aguda.

- I. Generalización y normalización de la utilización del triaje.
- II. Acuerdos interservicios para optimizar la relación entre ambos evitando derivaciones innecesarias así como circuitos rápidos y contenido de interconsultas.
- III. Uso del Hospital de día para evitar derivaciones a urgencias para transfusiones, tratamientos puntuales, entre otros.
- IV. Limitación de procedimientos no urgentes realizados en la Urgencia tales como citaciones o interconsultas entre especialidades provenientes de otras áreas hospitalarias.
- V. Establecimiento tiempos de respuesta para las pruebas diagnósticas más habituales.

Proyecto 3.5 Agilizar el alta en UH disminuyendo el tiempo de estancia una vez que se decida la necesidad de ingreso hospitalario.

- I. Elaboración del mapa del proceso de ingreso y protocolos consensuados con las distintas unidades.
- II. Mejora de la disposición de camas de M/L estancia.
- III. Disposición de unidades de semicríticos, ventilación no invasiva y otras.
- IV. Creación de zonas de prealta para facilitar la disponibilidad de camas para ingreso y de boxes de atención para urgencias.

Proyecto 3.6 Reorganizar la continuidad de cuidados de enfermería, estandarizando su metodología.

- I. Potenciación del papel de enfermería en sus dispositivos móviles así como en el centro coordinador.
- II. Estandarización de metodología de cuidados en pacientes crónicos, institucionalizados, vulnerables con controles periódicos.
- III. Normalización y estandarización del pase de guardia entre turnos para evitar fuga de información.
- IV. Homogeneización del informe de recomendaciones al alta vinculados al plan de cuidados.

Proyecto 3.7 Facilitar altas precoces en las UH potenciando alternativas a la hospitalización.

- I. Generalización de la atención domiciliaria tanto desde AP como desde el hospital.
- II. Dimensionamiento de las necesidades de atención en base al ámbito geográfico y poblacional.
- III. Adecuación de los recursos, los cupos y los tiempos en Atención Primaria para asumir la atención domiciliaria en coordinación con la atención hospitalaria.
- IV. Creación de consultas de alta resolución de apoyo a los servicios de urgencias.
- V. Fomento de Unidades Asistenciales específicas para enf. Crónicas/Paliativos alineadas con la Estrategia de Atención al Paciente Crónico.
- VI. Mayor disponibilidad de transporte al alta tanto de UH como de pacientes ingresados para liberar camas para nuevos ingresos.

Proyecto 3.8 Mejorar la coordinación con servicios sociales / residencias.

- I. Impulso del papel del trabajador/a social.
- II. Implantación y generalización del conocimiento de los profesionales del protocolo de relación entre los SUH y las residencias de mayores de la Comunidad de Madrid.
- III. Extensión de los proyectos de continuidad asistencial con las Residencias públicas de Mayores a las Residencias concertadas.

Figura 45. Actuaciones de los proyectos asociados a la 3ª línea de actuación (Coordinar distintos dispositivos)

L.A. 4 Disminuir la variabilidad clínica homogeneizando criterios de atención a través de **protocolos comunes** entre distintos dispositivos.



Proyecto 4.1 Generar protocolos de actuación frente a situaciones de especial seguimiento.

- I. Protocolos conjuntos para códigos de activación en patologías emergentes.
- II. Identificación y selección de patologías relevantes para desarrollar rutas asistenciales de urgencias: ICC, EPOC, ...

Proyecto 4.2 Protocolizar la gestión de colectivos vulnerables y/o de riesgo.

- I. Redefinición e impulso de planes de contingencia: gripe, ...
- II. Establecimiento de protocolos de coordinación con Salud Mental.
- III. Revisión y comunicación/formación en protocolos de atención a discapacitados, dependientes, maltratadas, personas en exclusión social, personas en custodia, ...
- IV. Establecimiento de circuitos de atención prioritaria en el servicio de urgencias para la atención de pacientes en situación de especial fragilidad o riesgo, especialmente en triaje.

Proyecto 4.3 Protocolizar la gestión del paciente pediátrico.

- I. Estandarización del proceso de atención a la urgencia pediátrica.
- II. Establecimiento de protocolos de atención del adolescente psiquiátrico en urgencias.

Proyecto 4.4 Homogeneizar los recursos y medios disponibles en los distintos dispositivos (tanto en Primaria, Hospitalaria y Prehospitalaria).

- I. Normalización del material de urgencia existente tanto en el centro de salud como en los diferentes dispositivos de urgencias.
- II. Normalización la medicación de urgencia existente tanto en el centro de salud como en los diferentes dispositivos de urgencias.
- III. Centralización en SUMMA de los antidotos de uso más frecuente para su utilización tanto de forma pre como hospitalaria.

Proyecto 4.5 Fomentar la mejora continua y control de calidad asistencial.

- I. Impulso a la acreditación y excelencia de los dispositivos de urgencias.
- II. Definición de indicadores de calidad para procesos comunes a todos los dispositivos de Urgencia.

Proyecto 4.6 Garantizar la seguridad del paciente.

- I. Establecimiento de planes de seguridad clínica en los diferentes servicios.
- II. Elaboración y difusión de un mapa de riesgos de Seguridad Clínica.
- III. Impulso a la conciliación de la medicación desde todos los dispositivos de urgencias.
- IV. Promoción de la figura del farmacéutico en los SUH.

Figura 46. Actuaciones de los proyectos asociados a la 4ª línea de actuación (Protocolos homogéneos)

L.A. 5 Reconocer el trabajo de los profesionales de urgencias y apoyar su crecimiento profesional.
**Proyecto 5.1** Diseñar un plan de formación homogéneo, continuo, conjunto y obligatorio en unos contenidos mínimos.

- I. Implantación e impulso a la formación a través de una plataforma online.
- II. Fomento de las rotaciones y la formación conjunta en los tres distintos dispositivos de Urgencias incluidas las agrupaciones y protecciones civiles.
- III. Apoyo en el desarrollo y crecimiento de los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) a través de un programa formativo accesible.
- IV. Establecimiento de criterios de competencias para los alumnos en prácticas en urgencias y emergencias y la capacitación del personal docente.
- V. Acciones de formación a los profesionales en el manejo de situaciones difíciles: malas noticias, situaciones de extrema gravedad, ...

Proyecto 5.2 Elaborar un plan de adecuación que contenga un correcto dimensionado de recursos humanos en función de las cargas de trabajo y que permita dar estabilidad a las plantillas.

- I. Establecimiento de las plantillas necesarias en los diferentes servicios de urgencias.
- II. Análisis de las ratios de facultativos/residentes/enfermería/auxiliares por índice de frecuentación/áreas de la urgencia o niveles de priorización (I-V).
- III. Ampliación del ratio médico/residente para una asistencia más eficaz y eficiente de los SUH asegurando la formación de los médicos internos residentes.
- IV. Estabilización de las plantillas estructurales con planes de consolidación de plazas que terminen con la alta eventualidad en los S.U.
- V. Fomento de la realización de procedimientos así como de simulacros entre los diferentes intervinientes (Bomberos, Policías, Protecciones Civiles...)

Proyecto 5.3 Potenciar y divulgar la investigación en el ámbito de las urgencias en todos los niveles.

- I. Impulso a la red de investigación en medicina de urgencias y emergencias.
- II. Promoción de la participación en proyectos como investigadores (IP/IC) y la difusión de resultados (congresos, jornadas, publicaciones...).

Proyecto 5.4 Disponer de canales de comunicación: trabajo multidisciplinar entre niveles.

- I. Puesta a disposición de los equipos de urgencia de espacios de encuentro entre niveles.
- II. Sistematización de una encuesta de clima a profesionales para recoger propuestas y planes de actuación que propongan.

Proyecto 5.5 Garantizar la seguridad en el trabajo.

- I. Revisión de la calidad de vida de los profesionales de la urgencia y establecimiento de un programa para contrarrestar el burn-out.
- II. Sistemas de videovigilancia así como botones de pánico para velar por la seguridad de los profesionales.
- III. Creación de Servicio de apoyo Psicosocial a trabajadores de Urgencias en situaciones especiales.

Figura 47. Actuaciones de los proyectos asociados a la 5ª línea de actuación (Reconocer el trabajo de los profesionales)

L.A. 6 Impulsar la **evaluación, la comparación de datos y la compartición de información** adecuando los SSII.



Proyecto 6.1 Disponer de un Sistema de Monitorización de Tiempos y un Cuadro de Mandos Integral común que permita un benchmark entre centros.

- I. Diseño e implantación de un cuadro de mandos específico de las UH, UAP y SUMMA 112.
- II. Establecimiento de objetivos y control de los tiempos de respuesta adecuados en los diferentes dispositivos para propiciar una atención de calidad incluidas UH.
- III. Control del tiempo de asignación de cama para ingreso.
- IV. Homogeneización de las fuentes de información para poder obtener datos comparables.

Proyecto 6.2 Instaurar un sistema de codificación homogéneo.

- I. Establecimiento de un sistema de codificación común o al menos unificable para desarrollo de estudios epidemiológicos/asistenciales en UH, UAP y SUMMA.

Proyecto 6.3 Desplegar de forma completa e integrar funcionalmente los SSII en la urgencia.

- I. Desarrollo de procedimientos de regulación médica en el SCU para disminuir la variabilidad médica de resolución de llamadas.
- II. Mejora y adecuación de la red de coordinación informática entre Atención Primaria y dispositivos de urgencias.
- III. Capacidad de enviar mensaje a médico de AP desde las diferentes aplicaciones informáticas en caso de producirse una atención urgente y así asegurar la continuidad asistencial.

Proyecto 6.4 Impulsar el establecimiento de objetivos comunes de los diferentes niveles valorados a través de acuerdos gestión/productividad variable.

- I. Revisión de los acuerdos de gestión, incorporando nuevos indicadores y estableciendo una relación con la productividad variable.

Figura 48. Actuaciones de los proyectos asociados a la 6ª línea de actuación (Compartición de información)

L.A. 7 Asegurar la **dignidad, el respeto, la atención personalizada y la transparencia** en el trato con el paciente y su entorno.



Proyecto 7.1 Promover un acceso rápido y sin coste al sistema de urgencias por vía telefónica.

- I. Accesibilidad al sistema y establecimiento de estándares.
- II. Disposición de un número de acceso al sistema de urgencias gratuito.
- III. Establecer compromisos con los ciudadanos desde todos los dispositivos en forma de carta de servicios.

Proyecto 7.2 Asignar siempre un referente interno al paciente de urgencias e informar al paciente del tiempo estimado para iniciar su atención.

- I. Priorización de la atención de pacientes con volante de derivación.
- II. Información periódica al paciente de los tiempos estimados de espera para la atención.
- III. Seguimiento telefónico al alta de pacientes "seleccionados" según su patología.

Proyecto 7.3 Facilitar la adecuada y suficiente información a pacientes y familiares.

- I. Establecimiento de un plan de acogida activa al paciente y acompañante desde el momento en que llegan al servicio de urgencias.
- II. Elaboración de un protocolo homogéneo para facilitar información clínica y no clínica a pacientes y familiares en los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios.
- III. Adecuación de los espacios en las distintas unidades para facilitar la comunicación con pacientes y familiares.
- IV. Impulso a la utilización del servicio de teletraducción para la comunicación con los pacientes de habla no hispana.
- V. Apoyo en TICs en el proceso de información a pacientes y familiares.

Proyecto 7.4 Impulsar el acompañamiento del paciente durante el proceso asistencial de urgencias, garantizando el adecuado funcionamiento del servicio.

- I. Establecimiento de un procedimiento para facilitar el acompañamiento de los pacientes por familiares o allegados en el servicio de urgencias o en el traslado del paciente.
- II. Definición y homogeneización de recomendaciones escritas dirigidas a acompañantes.

Proyecto 7.5 Promover la intimidad y la confidencialidad del paciente.

- I. Adecuación de espacios que permitan la intimidad y la confidencialidad del paciente durante el proceso asistencial.
- II. Implantación de telemetría u otros recursos tecnológicos en las zonas de observación/agudos que permita la observación de pacientes potencialmente inestables sin perjuicio para la dignidad de los pacientes.
- III. Plan de sensibilización y formación de los profesionales sobre intimidad y confidencialidad.

Proyecto 7.6 Fomentar una mayor comodidad y confort en todo el proceso asistencial y racionalizar espacios en zona de UH.

- I. Adecuación del espacio físico para un mayor confort del paciente.
- II. Adecuación de las estructuras físicas de las áreas de urgencias que permitan el acompañamiento de los familiares de los pacientes durante el tiempo que precisan atención en dichas área.
- III. Establecimiento de un procedimiento para facilitar información verbal al paciente y acompañante por parte de los informadores no clínicos sobre los recursos "hosteleros".
- IV. Protocolización de la utilización de salas de observación separadas de las salas de emergencia para aquellos pacientes que requieren observación de 24 a 48 horas sin necesidad de ingreso hospitalario.
- V. Implantación de un registro visible y actualizado de acciones de limpieza realizadas en las salas de espera

Proyecto 7.7 Incorporar la visión de las asociaciones de pacientes y la sociedad civil.

- I. Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes y familiares mediante encuestas o técnicas cualitativas.
- II. Establecimiento de espacios de encuentro entre profesionales y asociaciones de pacientes con el fin de generar empatía e identificar líneas de mejora.
- III. Fomento de la participación de ciudadanos en diferentes comisiones vinculadas a las urgencias.
- IV. Realización de acuerdos de colaboración con asociaciones de pacientes para incorporar su participación y su visión en el proceso de atención.
- V. Programa de visitas a los servicios de urgencias por parte de asociaciones de pacientes y sociedad civil.

Figura 49. Actuaciones de los proyectos asociados a la 7ª línea de actuación (Dignidad, respeto y transparencia)²⁰

6.3 Cronograma de implantación y modelo de seguimiento

La puesta en marcha del Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la C.M. exige la actuación sobre múltiples ámbitos y la participación de numerosos agentes tanto vinculados con la Consejería de Sanidad de la C.M. como con otras instituciones y entidades vinculadas a la atención de urgencias y emergencias sanitarias en la región. Así, para garantizar una implantación ordenada y controlada del Plan es necesario establecer:

- Un **cronograma** que marque las prioridades temporales en el despliegue del Plan y en los hitos a alcanzar.
- Un **modelo de seguimiento y evaluación** que impulse la ejecución del plan, identifique y actúe de un modo precoz ante la identificación de riesgos y la aparición de desviaciones y, sobre todo, garantice la adecuada coordinación de todos los agentes implicados.

Así, estos elementos son clave para alcanzar los objetivos definidos en el Plan Director y posibilitar la mejora del modelo actual, ubicando al paciente en el centro del mismo.

²⁰ La mayor parte de los proyectos recogidos en esta línea de actuación provienen del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.

6.3.1 Cronograma de implantación

Para la definición del cronograma de implantación se han tenido en cuenta las siguientes consideraciones:

- El **marco temporal** para el despliegue del Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias se ha definido para el **período 2016-2019**.
- El planteamiento temporal de los diferentes proyectos obedece a la siguiente priorización general, de mayor a menor prioridad temporal:
 1. Las actuaciones cuyo objetivo principal es avanzar en la **coordinación operativa** entre los diferentes dispositivos.
 2. Aquellos proyectos vinculados a la **profundización en el estudio y análisis de la situación**, en cuanto el resultado de dichos proyectos puede influir de forma decisiva en la orientación y resultados del resto.
 3. Las iniciativas de **mejora de los procedimientos y protocolos de actuación**, en cuanto su redefinición puede influir sobre los recursos y capacidades necesarias y/o a desplegar.
 4. Los proyectos de actuación **vinculados a recursos e infraestructuras**, dado que su caracterización final puede verse fuertemente influenciada por las conclusiones y resultados de los proyectos indicados con anterioridad.
- Se ha tenido igualmente en cuenta la posible influencia e interrelación entre los distintos proyectos, de cara a su ubicación temporal, tanto para su desarrollo en paralelo como de forma consecutiva para aquellos proyectos que dependen fuertemente de la conclusión de otros.
- Se ha procurado en lo posible **equilibrar la carga de trabajo** a lo largo de la duración del período de despliegue.
- Por último, aquellos proyectos con una escasa interrelación con otras iniciativas y cuya puesta en marcha se ha valorado que permitirían la **obtención rápida de resultados** se han igualmente priorizado para su lanzamiento inmediato.

El cronograma definido es el indicado en la siguiente figura:

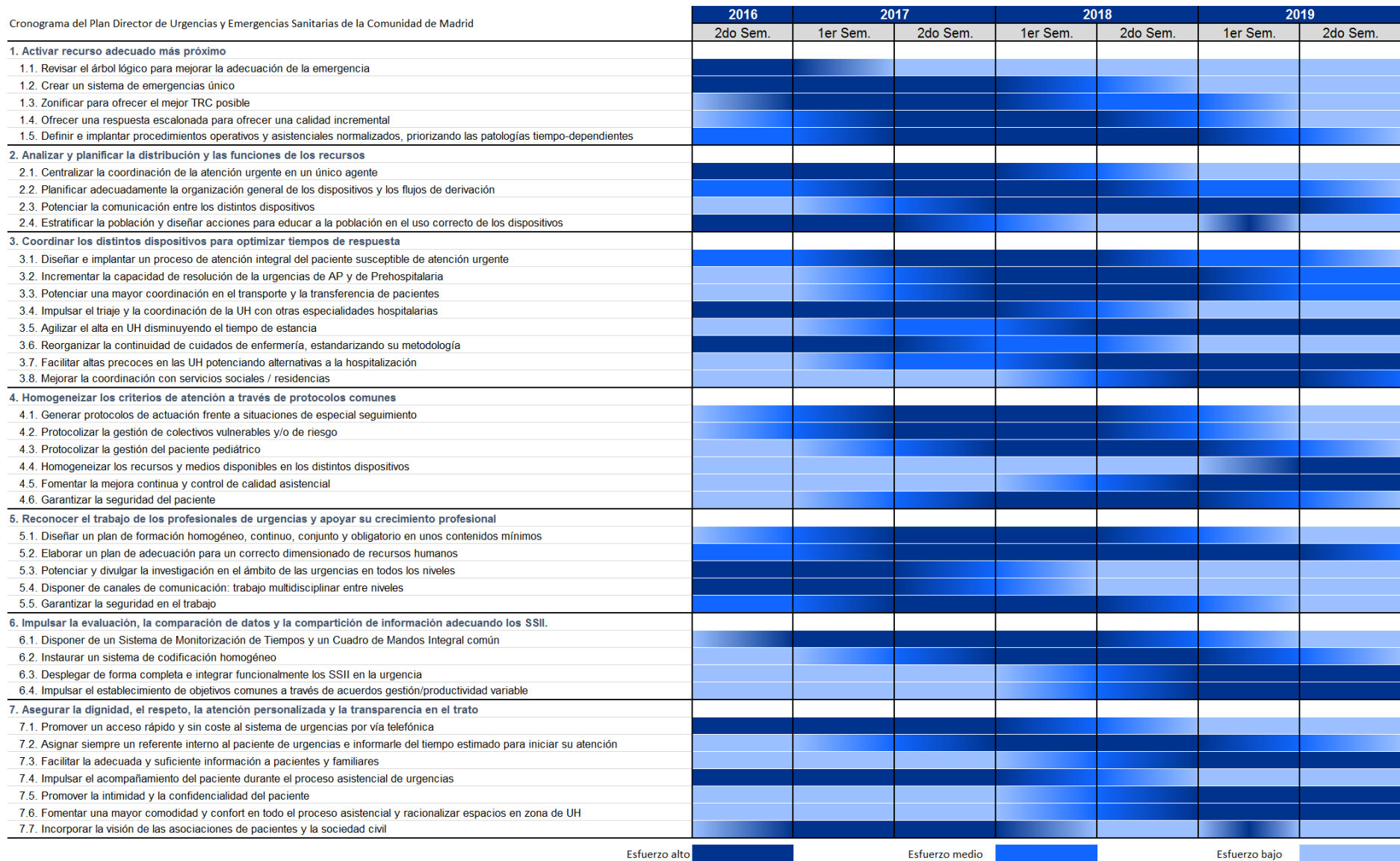


Figura 50. Cronograma del Plan Director de Urgencias y Emergencias de la C.M.

6.3.2 Estructura de seguimiento

Para asegurar un adecuado despliegue del Plan Director que permita cumplir con el calendario marcado y garantizar el cumplimiento de los objetivos, así como facilitar y supervisar la coordinación entre los múltiples agentes implicados, se ha definido una estructura de seguimiento y evaluación del Plan en dos niveles: dirección y operación.

Para el nivel de dirección del despliegue del Plan se define un **Comité Director**, cuyas funciones serán las indicadas a continuación.

- Valorar el nivel de desarrollo del plan y el grado de cumplimiento de los objetivos planteados.
- Identificar y examinar las posibles desviaciones con respecto al plan previsto, así como analizar las incidencias que se produzcan durante la implementación del Plan, adoptando las actuaciones que se estimen convenientes.
- Determinar y aprobar todas aquellas medidas que se consideren oportunas para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Plan Director en tiempo y forma.

El Comité Director será liderado por el **Responsable del Plan**, el cual tendrá como misión el liderazgo y coordinación general de la implantación y desarrollo del Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la C.M. En dicho Comité participarán también:

- Responsables de la D.G. de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del SERMAS.
- Un responsable de la D. G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la C.M.
- Un responsable de la Subdirección General de Continuidad Asistencial de la C.M.
- Un responsable de la Gerencia de Atención Primaria.
- Un responsable de la Gerencia de Hospitales

Eventualmente, los miembros del Comité de Dirección podrán plantear la participación en sus reuniones de otras personas ajenas al mismo (p.ej. del Comité de Seguimiento y Evaluación).

En el nivel operativo se plantea la creación de un **Comité de Seguimiento y Evaluación**, las funciones del cuál serán:

- Coordinar e impulsar la implantación y desarrollo de los proyectos y actuaciones previstas en cada una de las líneas de actuación, garantizando la participación de todos los agentes requeridos, la adecuada colaboración y transmisión de conocimientos entre ellos y el desarrollo de las actividades y tareas necesarias en tiempo y forma.
- Controlar el grado de avance y la obtención de resultados en línea con los objetivos previstos para cada una de las actuaciones recogidas en el Plan Director, identificando y analizando en un primer nivel todas aquellas desviaciones ocurridas y proponiendo las actuaciones correctoras que se consideren necesarias, para su posterior valoración y eventual aprobación por parte del Comité Director.

La composición del Comité de Seguimiento será la siguiente:

- El Responsable del Plan, quien ostentará el liderazgo y coordinación del Comité.
- Un responsable de Atención Primaria.
- Un responsable del SUMMA 112.
- Un responsable de Atención Hospitalaria.
- Un responsable de Continuidad Asistencial.
- Un responsable de la Gerencia de Cuidados.

A propuesta de los miembros del Comité de Seguimiento, otros agentes podrán ser invitados y participar en las reuniones de dicho Comité.

Anexo A. Bases metodológicas para la definición del Plan Director

La definición del Plan Director se ha desarrollado mediante un proceso en el que se han implicado decenas de profesionales de muy distintos ámbitos de la C.M. dentro de la atención de las urgencias y emergencias sanitarias, lo que ha posibilitado recoger, incorporar y estructurar el plan entorno a su visión e inquietudes. Dicho proceso se ha llevado a cabo a partir de las siguientes actividades:



Análisis del marco actual asistencial y de recursos en la atención a las urgencias y emergencias en la Comunidad de Madrid.



Identificación de las mejores prácticas e iniciativas innovadoras en este ámbito a nivel nacional e internacional.



Definición de las principales oportunidades de mejora en la atención a las urgencias y emergencias en la Comunidad de Madrid, a través de 5 grupos de trabajo.



Estructuración y desarrollo del Plan Director de Urgencias y Emergencias de la Comunidad de Madrid.



1. Análisis del marco actual asistencial y de recursos.



En una primera fase se ha llevado a cabo el estudio de las principales variables demográficas en la C.M., se ha identificado la dotación de dispositivos disponibles para la atención de urgencias y emergencias sanitarias y se ha analizado la actividad desarrollada en este ámbito por cada uno de ellos, con el objetivo de identificar claves de la evolución a futuro de la demanda y posibles áreas de mejora en función de los resultados actuales y su progresión en los últimos años.

Igualmente, se ha hecho una revisión del marco legal específico de urgencias y emergencias sanitarias aplicables al alcance del presente Plan Director.



2. Identificación de las mejores prácticas.



Se ha revisado la bibliografía disponible en relación al estudio y a la transformación de la atención de urgencias y emergencias sanitarias, a través de la cual se han estudiado algunas de las principales y más recientes iniciativas llevadas a cabo tanto a nivel nacional como internacional. En el ámbito nacional, dicho análisis ha incluido la revisión de iniciativas y planes de carácter autonómico, además de las iniciativas derivadas del Plan de Calidad del SNS.

Desde el punto de vista internacional, el foco del estudio ha estado en la identificación de los modelos actuales y las iniciativas que se están desarrollando en algunos de los países más relevantes de nuestro entorno. La selección de estas mejores prácticas y la identificación de tendencias y ámbitos de actuación han permitido refrendar varios de los planteamientos de mejora y transformación de la atención de urgencias y emergencias sanitarias de la C.M., contribuyendo a la definición de los proyectos y actuaciones a implantar.



3. Definición de las principales oportunidades de mejora.

Para la identificación de las iniciativas a desarrollar en el marco del Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias, se formaron 5 grupos de trabajo con numerosos profesionales del Servicio Madrileño de Salud, así como de otros agentes involucrados en la atención de urgencias y emergencias sanitarias de la C.M.

Cada uno de los grupos de trabajo formados se centró en el análisis de un ámbito concreto, indicado a continuación:



Figura 51. Grupos de trabajo para la definición del Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la C.M.

La actividad llevada a cabo con los grupos de trabajo se ha desarrollado del siguiente modo:

- i. Realización de una reunión de presentación del objetivo y enfoque del plan, así como el alcance de las tareas a desarrollar por los grupos de trabajo.
- ii. Reflexión, identificación y recopilación por parte de los grupos de trabajo de las iniciativas de interés dentro del contexto y foco de cada grupo.
- iii. Consolidación y estructuración de las iniciativas recabadas por parte del equipo de trabajo del Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias.
- iv. Revisión y validación de las medidas planteadas de acuerdo al alcance y el foco de cada grupo de trabajo.

Debe destacarse que uno de los puntos de trabajo con los grupos fue la identificación de las iniciativas y proyectos en marcha, ya sean derivados de otros planes, como el Plan Estratégico de Servicios de Urgencia Hospitalarios (2011-2015), ya sea como consecuencia de la actividad normal de mejora continua del SERMAS, de cara a facilitar una verdadera visión integral en el marco del Plan Director.

Además de la reflexión llevada a cabo con los grupos, se incorporaron también al análisis las conclusiones del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Así, se mantuvo una reunión con el equipo encargado de su desarrollo para garantizar que se incorporaran al presente Plan Director los objetivos y medidas del Plan de Humanización relacionados con la atención de urgencias y emergencias sanitarias.

En total, en torno a 100 profesionales aportaron sus ideas, experiencia y conocimientos para la identificación de actuaciones y proyectos que contribuyan a mejorar la atención de las urgencias y emergencias sanitarias en la C.M., colaborando en la definición de este Plan Director.



4. Estructuración y desarrollo del Plan Director.



Tras las conclusiones de los grupos de trabajo, se llevó a cabo un proceso de revisión y consolidación de sus resultados para la obtención de un análisis DAFO de la atención de urgencias y emergencias sanitarias en la C.M., cuyas conclusiones han servido de guía para la identificación y definición de las medidas que han dado forma al presente plan.



Dichas medidas han sido estructuradas en torno a 3 niveles de análisis:

- Nivel 1. Líneas de actuación.
- Nivel 2. Proyectos.
- Nivel 3. Actuaciones.

Por último, se ha definido un calendario de implantación del Plan así como un modelo de dirección y seguimiento del mismo que impulsen y apoyen el desarrollo del mismo.

Este Plan ha sido compartido con 258 agentes para recabar sus comentarios y aportaciones, incluyendo:

- Todos los municipios de la Comunidad de Madrid.
- Los colegios oficiales de profesiones sanitarias y los sindicatos.
- Los diferentes órganos directivos de la Consejería de Sanidad, así como a las Direcciones Asistenciales y a los Hospitales.
- El resto de consejerías de la C.M.
- Otras entidades públicas.

Finalmente, el plan ha sido validado por el Comité de Dirección, formado por responsables del SERMAS.

Anexo B. Índice de figuras

Figura 1. Estructura Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias de la C.M. - Cuestiones Clave...	16
Figura 2. Evolución de la Población de la C.M. 2006-2015.....	18
Figura 3. Evolución de la Esperanza de Vida a los 65 años de la C.M. y España.....	19
Figura 4. Pirámide de Población de la C.M. y España	20
Figura 5. Evolución Índice Envejecimiento y Sobre-envejecimiento de la C.M. 2006-2024	21
Figura 6. Densidad de población de la C.M. por municipio en 2015	22
Figura 7. Datos demográficos de las zonas estadísticas con menor densidad de población	23
Figura 8. Dotación y horario de atención de los dispositivos móviles de Atención Extrahospitalaria	27
Figura 9. Número y ubicación de los dispositivos móviles terrestres de atención de urgencias y emergencias sanitarias – UVI, Ambulancias, VIR y UAD.....	28
Figura 10. Ubicación de los SUAP, CUE y SAR en la C.M.	29
Figura 11. Ubicación de los hospitales por nivel de complejidad en la C.M.....	32
Figura 12. Isócronas terrestres de los dispositivos móviles del SUMMA 112.	33
Figura 13. Urgencias atendidas por el SERMAS según dispositivo durante el año 2015.....	34
Figura 14. Evolución de la distribución de las urgencias atendidas por el SERMAS entre 2013 y 2015	35
Figura 15. Llamadas recibidas por el Centro112 entre 2013 y 2015.....	35
Figura 16. Llamadas al 112 por área de actividad entre 2013 y 2015	36
Figura 17. Llamadas recibidas por el SUMMA 112 entre 2013 y 2015	36
Figura 18. Tipologías de llamadas SUMMA112 años 2013 y 2015	37
Figura 19. Resolución llamadas asistenciales SUMMA 112 entre 2013 y 2015	37
Figura 20. Movilizaciones de dispositivos del SUMMA 112 entre 2013 y 2015	38
Figura 21. Tiempos de respuesta promedio de los dispositivos móviles del SUMMA 112 entre 2013 y 2015.....	39
Figura 22. Actividad atendida en los SUAP + CUE entre 2013 y 2015.....	39
Figura 23. Urgencias codificadas por el SUMMA112 - 2015.....	40
Figura 24. Emergencias codificadas por el SUMMA112 año 2015	41
Figura 25. Actividad de urgencias y emergencias sanitarias en los SAR entre 2013 y 2015	41
Figura 26. Actividad de urgencias y emergencias sanitarias en los SUH entre 2013 y 2015	42
Figura 27. Evolución de la calidad percibida en UH y SUMMA 112 en la C.M. 2011-2015.....	44
Figura 28. Satisfacción global con los distintos recursos del sistema en 2015.....	45
Figura 29. Resultado encuesta de satisfacción SUMMA 112, 2011-2015 [16] [17] [18].....	46
Figura 30. Resultado encuesta de satisfacción SUH, 2011-2015 [17] [18] [19] [20].....	46
Figura 31. Redefinición del modelo de atención de urgencias y emergencias sanitarias del NHS inglés.	52
Figura 32. Redes de coordinación de centros de urgencias y emergencias sanitarias de Londres.	53
Figura 33. Principios y valores rediseño de los servicios de atención fuera de horario en el NHS escocés. .	54
Figura 34. Características principales del modelo de atención de urgencias y emergencias francés	55

Figura 35. Conclusiones informe de los Defensores del Pueblo de España sobre Urgencias Hospitalarias, 2015	57
Figura 36. Líneas estratégicas del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias sanitarias.....	58
Figura 37. Líneas estratégicas y objetivos del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.	59
Figura 38. Niveles del Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias de la C.M.	69
Figura 39. Principios rectores del Plan Director de Urgencias y Emergencias sanitarias de la C.M.	71
Figura 40. Líneas de actuación del Plan Director de Urgencias y emergencias sanitarias de la C.M.	71
Figura 41. Líneas de actuación y proyectos asociados	74
Figura 42. Actuaciones por línea de actuación.....	77
Figura 43. Actuaciones de los proyectos asociados a la 1ª línea de actuación (Recurso adecuado más próximo)	78
Figura 44. Actuaciones de los proyectos asociados a la 2ª línea de actuación (Analizar y planificar recursos)	79
Figura 45. Actuaciones de los proyectos asociados a la 3ª línea de actuación (Coordinar distintos dispositivos)	80
Figura 46. Actuaciones de los proyectos asociados a la 4ª línea de actuación (Protocolos homogéneos) ...	81
Figura 47. Actuaciones de los proyectos asociados a la 5ª línea de actuación (Reconocer el trabajo de los profesionales).....	81
Figura 48. Actuaciones de los proyectos asociados a la 6ª línea de actuación (Compartición de información)	82
Figura 49. Actuaciones de los proyectos asociados a la 7ª línea de actuación (Dignidad, respeto y transparencia)	83
Figura 50. Cronograma del Plan Director de Urgencias y Emergencias de la C.M.	85
Figura 51. Grupos de trabajo para la definición del Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la C.M.	89

Anexo C. Acrónimos y abreviaturas

Acrónimo	Descripción
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
C.M.	Comunidad de Madrid
C. Salud	Centro de Salud
CAGR	<i>Compound Annual Growth Rate</i> , Tasa de Crecimiento Anual Compuesto
CCAA	Comunidades Autónomas
CCEE	Consultas Externas
CUE	Centro de Urgencias Extrahospitalarias
D.G.	Dirección General
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería
EELL	Entidades Locales
EENA	Asociación Europea de Números de Emergencia
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GIS	Sistema de Información Geográfica
ICC	Insuficiencia cardíaca crónica
IP/IC	Investigador principal / Investigador colaborador
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRG	Índice de Recomendación Global
ISG	Índice de Satisfacción Global
MIR	Médico Interno Residente
M/L	Media/ Larga (estancia)
NBQ	Nuclear, Biológico, Químico
NHS	<i>National Health Services</i> , Sistema Nacional de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

Acrónimo	Descripción
OMS	Organización Mundial de la Salud
RCP	Reanimación Cardio Pulmonar
SAMER	Servicio Asistencial Municipal de Emergencia y Rescate
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencia
SAMUR	Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate
SAR	Servicio de Atención Rural
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SCU	Servicio Coordinador de Urgencias
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSII	Sistemas de Información
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
SU	Servicio de Urgencias
SUAP	Servicio de Urgencias de Atención Primaria
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalarias
SUMMA112	Servicio de Urgencias Médicas de Madrid
SVA	Soporte Vital Avanzado
SVB	Soporte Vital Básico
SVI	Soporte Vital Intermedio
TES	Técnico de Emergencias Sanitarias
TICs	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TRC	Tiempo de Respuesta al Ciudadano
TSNU	Transporte Sanitario No Urgente
TSU	Transporte Sanitario Urgente
UAD	Unidad de Atención Domiciliaria
UAP	Unidad de Atención al Profesional
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

Acrónimo	Descripción
UH	Urgencia Hospitalaria
UVI	Unidad Medicalizada de Emergencias
VEC	Vehículo Especial de Catástrofes
VIR	Vehículo de Intervención Rápida

Anexo D. Bibliografía

- [1] Fernández Alonso C, Romero Pareja R, Rivas García A, Jiménez Gallego R, Majo Carbajo Y, Aguilar Mulet JM, en representación del Grupo de Trabajo del paciente Fidelizado del Plan estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid. Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2016; 28:16-20.
- [2] Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesia V, Moreno Sánchez R, Aguilar Mulet JM, en representación del Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado Pediátrico de la Comunidad de Madrid. *Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? An Pediatr (Barc)* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.03.008>
- [3] Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. [madrid.org/iestadis](http://www.madrid.org/iestadis) [Internet]. Madrid 2016 [citado a 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/>
- [4] Instituto Nacional de Estadística. [ine.es](http://www.ine.es) [Internet]. España 2016 [citado 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- [5] Duaso E, Tomás S, Rodríguez-Carballeira M, Cuadra L, Llonch M, Ruiz D. Abordaje del anciano en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(S1):10–14.
- [6] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.* Madrid. 2012. 75 p.
- [7] Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid. *Memoria SUMMA 112.* Madrid. 2015. 75 p.
- [8] Ayuntamiento de Madrid, D.G. de Emergencias y Protección Civil. *Memoria SAMUR - Protección civil 2012-2013.* Madrid. 2013. 69 p.
- [9] Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Decisión del Consejo, de 29 de julio de 1991, relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo Diario Oficial n° L 217 de 06/08/1991 p. 0031-0032. 1991
- [10] Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid. *Memoria SUMMA 112.* Madrid. 2013. 69 p.
- [11] Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid. *Memoria SUMMA 112.* Madrid. 2014. 62 p.
- [12] EENA 112 Awards. [eena.org](http://www.eena.org) [Internet]. Bélgica. 2012 [citado a 2016]. Disponible en: <http://www.eena.org/events/112-awards-ceremony-2012#.WEqIGPnhDDc>
- [13] Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. *Memoria anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud.* Madrid. 2013. 164 p.
- [14] Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. *Memoria anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud.* Madrid. 2014. 131 p.
- [15] Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. *Memoria anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud.* Madrid. 2015. 200 p.

- [16] Servicio Madrileño de Salud, D. G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2011. 42 p.
- [17] Servicio Madrileño de Salud, D. G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2015. 48 p.
- [18] Servicio Madrileño de Salud, D. G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2013. 48 p.
- [19] Servicio Madrileño de Salud, D. G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2012. 44 p.
- [20] Servicio Madrileño de Salud, D. G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2014. 44 p.
- [21] Barroeta Urquiza J, Boada Bravo N, coordinadores. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Madrid. 2011. 484 p.
- [22] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, D.G. de Recursos Humanos. Acuerdo por el que se suscribe el plan integral de urgencias y emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid para el periodo 2004-2007. Madrid. 2004. 13 p.
- [23] Hirshon JM, Risko N, JB Calvello E, Stewart de Raminerz S, Narayan M, Theodosis C, O'Neill J, for the Acute Care Research Collaborative at the University of Maryland Global Health Initiative. Health systems and services: the role of acute care. Bulletin of the World Health Organization 2013; 91: 386-388.
- [24] Martínez Estalella G. Organización, coordinación y marco legal en los servicios de urgencias. Barcelona: Universidad de Bacerlona, Instituto de Formación Continua. 2010. 51 p.
- [25] Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Informes, estudios e investigación. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid. 2010. 145 p.
- [26] Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Granada. Urgencias sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. Granada. 2003
- [27] Leeper S, BK Martin I. La Medicina de Urgencias y Emergencias Global en 2013: el mundo está esperando. Emergencias 2014; 26: 227-231

- [28] World Health Organization. Reform of WHO's work in health emergency management. WHO Health Emergencies Programme. Sixty-ninth world health assembly A69/30. Provisional agenda item 14.9. 2016. 8 p.
- [29] World Health Organization. [who.int/es/](http://www.who.int/es/) [Internet]. España 2016 [citado a 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- [30] Gobierno de Reino Unido. [gov.uk](https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-health-emergency-planning/2010-to-2015-government-policy-health-emergency-planning) [Internet]. Reino Unido 2015 [citado a 2016]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-health-emergency-planning/2010-to-2015-government-policy-health-emergency-planning>
- [31] NHS England. Delivering the Forward View: NHS planning guidance 2016/17 – 2020/21. Inglaterra: 2015. 31 p.
- [32] NHS England. [england.nhs.uk](https://www.england.nhs.uk/) [Internet]. Inglaterra 2016 [citado a 2016]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/>
- [33] NHS England. High quality care for all, now and for future generations: Transforming urgent and emergency care services in England - Urgent and Emergency Care Review End of Phase 1 Report. Londres: 2013. 30 p.
- [34] NHS England. Urgent and Emergency Care Review. Londres: 2014
- [35] NHS England. NHS England Core Standards for Emergency Preparedness, Resilience and Response (EPRR). Londres: 2015. 10 p.
- [36] NHS England. Coordinated, consistent and clear urgent and emergency care. Implementing the urgent and emergency care vision in London. Londres: 2015. 43 p.
- [37] NHS England. Transforming London's health and care together. A collaborative approach to delivering better health in London and meeting the challenges set out in the NHS Five Year Forward View. Londres: 2015. 39 p.
- [38] Gobierno de Escocia. Pulling together: transforming urgent care for the people of Scotland, The Report of the Independent Review of Primary Care Out of Hours Services. Main Report. Edimburgo. 2015. 205 p.
- [39] NHS Scotland. [healthscotland.com](http://www.healthscotland.com/) [Internet]. Escocia 2016 [citado 2016]. Disponible en: <http://www.healthscotland.com/>
- [40] [samu-de-france.fr](http://www.samu-de-france.fr/) [Internet]. Francia 2016 [citado 2016]. Disponible en: <http://www.samu-de-france.fr/>
- [41] Samu-Urgences de France (SUdF), Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). SAMU Centres 15 Referentiel et Guide d'évaluation. Francia: 2015. 86 p.
- [42] Samu-Urgences de France. Organisation de la médecine d'urgence en France: un défi pour l'avenir. Francia: 2015. 48 p.
- [43] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2010. 70 p.

- [44] Defensor del Pueblo (España), Defensor del Pueblo Andaluz, Síndic de Greuges de Catalunya, Valedor do Pobo (Galicia), Diputado del Común (Canarias), Ararteko (País Vasco), El Justicia de Aragón, Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana, Procurador del Común (Castilla y León), Defensor del Pueblo de Navarra. Las urgencias hospitalarias en el sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes. Madrid. 2015. 91 p.
- [45] Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Sevilla. 2012
- [46] Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad. Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias. Canarias. 2016. 188 p.
- [47] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, D.G. de Hospitales. Plan Estratégico de los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Madrid. 2011. 379 p.
- [48] Dirección General de Medios de la Comunidad de Madrid. Oficina de Comunicación. La Comunidad presenta el Plan Estratégico de los Servicios de Urgencia Hospitalarios. Madrid. 2012. 3 p.
- [49] European Emergency Number Association. EU Emergency Services Workshop. Riga. 2013. 46 p.
- [50] Europapress. El Centro de Emergencias Comunidad de Madrid 112 recibe el premio a la excelencia tecnológica. Madrid. 2010.
- [51] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, D.G. de Hospitales. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Madrid. 2010. 308 p.
- [52] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid. 2013. 142 p.

Bibliografía adicional.

- Servicio Andaluz de Salud, D.G. de Asistencia Sanitaria. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. Sevilla. 2000. 91 p.
- American College of Emergency Physicians. America's emergency care environment. A State-by-State Report Card. 2014. 140 p.
- XXV Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria. Médico de urgencias: médico de familia, área de capacitación o una nueva especialidad. Aten Primaria 2005;36 (Supl 1):17-60
- Consejería de Administraciones Públicas de Castilla La Mancha. Plan Territorial de Emergencia de Castilla La Mancha. Castilla la Mancha. 2006. 111 p.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Presidencia, Justicia y Portavocía del Gobierno. Emergencias 112 Comunidad de Madrid. Madrid. 2015. 23 p.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, D.G. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Modelo integral de atención de urgencias y emergencias de la Comunidad de Madrid. Línea estratégica: Humanización en la atención de urgencias. Madrid. 2015. 27 p.
- Junta de Andalucía, Empresa pública de emergencias sanitarias. Informe Anual 2014. Málaga. 2014. 96 p.
- NHS England. Urgent and Emergency Care Review: Progress and Implementation Plan. 2014. 8 p.
- NHS England. Urgent and Emergency Care Route Map. 2015. 8 p.
- NSW Ministry of Health. Emergency Department Models of Care. Sidney: NSW Ministry of Health. 2012. 66 p.
- Office of Emergency Management NYC. Ready New York My Emergency Plan. 2014. 16 p.
- Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco, Osakidetza. III Congreso nacional de atención sanitaria al paciente crónico. Resumen de comunicación científica. Vitoria. 2012. 1 p.
- Servicio Canario de Salud, D.G. de Programas Asistenciales. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Canarias. 2015. 193 p.
- Servicio de Atención de Urgencias Castilla la Mancha. Carta de servicios. Castilla La Mancha. 2012. 8 p.
- Servicio de Urgencias Médicas de Madrid. Memoria SUMMA 112. 2008-2009-2010-2011. Madrid. 2011. 72 p.
- Shamji H, Baier R.R, Gravenstein S, Gardner R.L. Improving the Quality of Care and Communication During Patient Transitions: Best Practices for Urgent Care Centers. 2014. Volume 40 Number 7 pag 319-324.

- UEC Review Team and ECIST. Safer, Faster, Better: good practice in delivering urgent and emergency care. A Guide for local health and social care communities. 2015. 57 p.

Anexo E. Agradecimientos

Para llevar a cabo la elaboración del Plan Director de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid han colaborado un gran número de profesionales de distintos perfiles y pertenecientes a diferentes ámbitos del Sistema Sanitario y distintos agentes colaboradores. Sin su esfuerzo e involucración no hubiera sido posible convertir el presente Plan en una realidad, y a través de su compromiso se logrará una transformación de eficaz del Sistema de Salud de la C.M.

A modo de reconocimiento, se presentan los nombres de todos los profesionales implicados en los grupos de trabajo que han facilitado la definición del Plan Director a través de sus aportaciones y su conocimiento:

- Abad Esteban, Fernando
- Andueza Lillo, Juan
- Antuña Pelegri, Rodolfo
- Bartolomé Núñez, Isabel
- Bayo Acero, Ángel
- Behzadi Koochani, Navid
- Bibiano Guillén, Carlos
- Bravo Rodriguez-Barbero, Jesús
- Busca Ostolozza, Pablo
- Calatayud Sánchez-Pantoja, Carmen
- Caldas Blanco, Ramon
- Carrillo Rodrigo, María Rosa
- Casas Requejo, Jorge
- Castillo Lozano, Silvia
- Cid Dorribo, Antonio
- Compte Marrasé, Angel
- Cruz Martos, Encarnación
- Cuesta Rodríguez Torices, Mercedes
- Curieses Asensio, Antonio
- de Castro Sanchez, Jesús
- de los Martires Almingol, Mariluz
- de Paz Paz, Feliz
- del Arco Galán, Carmen
- Delgado Mayordomo, José Ramón
- Dodero de Solano, Javier
- Elias Ucedo, Carmen
- Fernández Campos, M^a José
- Fernández de Cano Martín, María Nuria
- Fernández Delgado, Adela
- Fernández Vicente, Antonio
- Garrido Martín, Modoaldo
- Garzón Cambón, Fernando
- Gil Sánchez, Piedad
- Gomez Delgado, Angel

- Gómez Mateos , M^a Angeles
- González Armengol, Juan
- Gonzalez del Yerro, Cristina
- González Revalderia, Joaquín
- Gracia Cenamor, Alejandro
- Hernández Martín, José José Antonio
- Iloro Mora, Maribel
- Infante Rodríguez, Alfonso
- Iriarte Barros, Ana
- Jiménez Arana, José Luis
- Jiménez Buil, Cristina
- Jiménez Rodríguez, Manuel
- Lara García, Antonio
- Ledesma Sarro, Luis
- Lillo Perez, Tomas
- López Vadillo, Pilar
- López Ventura, Manuel
- Martín Maldonado, José Luís
- Martin Martínez, Alfonso
- Martínez Gamote, Daniel
- Martínez García, Alejandro
- Martínez Martinez, Raquel
- Martínez Muñoz, M^a Lourdes
- Menchaca Anduaga, Aranzazu
- Merino López, Francisco
- Miguelsanz Aragón, Milagros
- Mora Bastante, Esther
- Pascual Fernández, César
- Pérez Gortari, Aurelio
- Pérez Martín, M^a Angeles
- Prados Roa, Fernando
- Quiroga Mellado, Javier
- Ramírez Puerta, Dulce
- Redondo Lozano, María
- Robles Orozco, Ricardo
- Rodriguez Fernández, José M^a
- Rodríguez Rodríguez, Vanesa
- Rodríguez Urcelay, Eduardo
- Roldan Moll, Fernando
- Rosado Bartolomé, Alfredo
- Ruíz Martín, Sagrario
- Salinero Aceituno, Margarita
- Sánchez Perea, Julian
- Sánchez-Celaya del Pozo, Marta

- Santano Magariño, Almudena
- Sarrión Bravo, Juan Antonio
- Soria Milla, Miguel Angel
- Tellez Boente, César
- Torres Macho, Juan
- Ubach Badía, Belen
- Vallejo Sánchez-Monje, Pilar
- Vázquez Castro, Jesús
- Vázquez López, Paula
- Villarroel González-Elipe, Pedro

OTRAS ENTIDADES ADSCRITAS O COLABORADORAS



DEPARTAMENTO QUE EDITA

