



Documento marco sobre

# ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN URGENTE

a los ciudadanos y las ciudadanas  
en el Sistema Sanitario Público  
de Andalucía



Documento marco sobre

# **ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN URGENTE**

a los ciudadanos y las ciudadanas  
en el Sistema Sanitario Público  
de Andalucía

Documento marco sobre

**ESTÁNDARES DE CALIDAD  
DE LA ATENCIÓN URGENTE**

a los ciudadanos y las ciudadanas  
en el Sistema Sanitario Público  
de Andalucía

**EDITA**

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

**ES UNA REALIZACIÓN**

LaMetro.fox / *Equipo L8*

**ISBN**

978-84-923852-3-2

## COORDINACIÓN

Fernández García, Enrique  
Brea Rivero, Pilar  
Padilla Marín, Concepción

## AUTORES

Aljama Alcántara, Manuel  
Brea Rivero, Pilar  
Colmenero Ruíz, Manuel  
Fernández García, Enrique  
Flores Cordero, Juan Manuel  
Gómez Arcas, Marina

López Álvaro, Julián  
Martínez del Campo, Miguel  
Murillo Cabezas, Francisco  
Olavarría Govantes, Luis  
Padilla Marín, Concepción  
Pino Moya, Enrique  
Quesada García, Guillermo  
Ramón García, Mercedes

Valverde Mariscal, Antonio

Distrito de Atención Primaria Sevilla Sur  
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves  
Servicio Andaluz de Salud  
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias  
Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar  
Dirección Estratégica de Cuidados de Andalucía  
IAVANTE. Hospital Universitario Puerto Real  
Agencia Pública Sanitaria Costa del Sol  
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias  
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias  
Dirección Estratégica de Cuidados de Andalucía  
Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva  
Hospital Universitario Carlos Haya  
Distrito de Atención Primaria de Sevilla.  
Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias  
Hospital Universitario San Cecilio

## COMITÉ EDITOR

Barrero Navarro, Inmaculada  
Brea Rivero, Pilar  
Fernández García, Enrique

# ÍNDICE



---

PRESENTACIÓN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	11
La Gestión por Procesos.....	12
La Gestión Clínica.....	12
La Gestión por Competencias, el Modelo de Acreditación y la Mejora Continua.....	13
ESTABLECIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN URGENTE AL CIUDADANO	
Objetivo.....	17
Metodología.....	17
Bloque 1 El Ciudadano.....	20
Bloque 2 La Atención Sanitaria Integral.....	36
Bloque 3 El Profesional.....	64
Bloque 4 La Eficiencia.....	92
Bloque 5 Los Resultados.....	102
ANEXO: ÍNDICE RESUMEN DE INDICADORES.....	111
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	117
BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN CONSULTADA.....	121

---

# PRESENTACIÓN



*La asistencia sanitaria urgente es uno de los aspectos que siempre más preocupan a los sistemas de salud. Estos servicios garantizan la atención 24 horas al día, todos los días del año y se organizan para dar una respuesta "a demanda" en la que la unidad ciudadano/familia es quien interpreta la necesidad y la urgencia de atención basándose en su percepción de salud. Esto puede ayudar a explicar la frecuentación de estos servicios por la ciudadanía y que responde al ejercicio legítimo por parte de cualquier ciudadano de su derecho a la asistencia sanitaria cuando lo cree necesario.*

*Las personas que precisan asistencia sanitaria urgente esperan recibir una atención de calidad, segura, en un tiempo adecuado y recibiendo de profesionales sanitarios cualificados información comprensible sobre su estado y sobre el tratamiento, al tiempo que son escuchadas e implicadas de forma activa en la toma de decisiones sobre los cuidados a recibir.*

*En un contexto social y sanitario en continuo cambio, la evolución de la demanda, la oferta de servicios y el avance en el conocimiento dibujan escenarios complejos que hacen necesario plantear una redefinición y reorientación de los componentes que conforman la atención a las urgencias y emergencias en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Se hace imprescindible, por tanto, adaptar nuestro entorno asistencial basándose en las nuevas necesidades para que el ciudadano continúe beneficiándose de ello.*

*En la sociedad del conocimiento del siglo XXI los avances tecnológicos y la adquisición de nuevas competencias por parte de los profesionales siguen siendo necesarios para avanzar en la mejora de la asistencia con la que se presta la atención en el SSPA. Pero si existe un entorno sanitario donde el trabajo multidisciplinar y en equipos eficientemente organizados es paradigmático no es otro que aquel donde se atienden a las urgencias. Por esto, el modelo organizativo de la gestión clínica cobra especial relevancia al permitir que de forma asimétrica, adaptándose a las necesidades locales y a cada momento, se configuren y coordinen los profesionales y recursos materiales necesarios para atender a una persona que presenta una demanda asistencial urgente, con independencia del lugar y el momento donde ésta ocurre.*

*De la mano del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE), cuya configuración surge para dar una respuesta integral y continua a las urgencias y emergencias sanitarias originadas en el ámbito de Andalucía, en los últimos años se han ido configurando las características del modelo de atención urgente estructurado por los Servicios y los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de los centros hospitalarios y de los centros de Atención Primaria, así como por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061.*

*De forma coherente con una organización sanitaria que lleva más de una década estableciendo el marco de calidad de sus servicios a través de tres Planes de Calidad y numerosas Estrategias y Planes Sectoriales, todos comprometidos con la mejora continua de la asistencia, el Sistema Sanitario Público Andaluz da un paso hacia adelante y pone a disposición de sus profesionales, y sobre todo a disposición de los ciudadanos y ciudadanas andaluzas, este documento marco cuyo objetivo es preservar la calidad de la atención sanitaria urgente en Andalucía. Para ello establece, y se compromete con ellos, los estándares e indicadores de calidad que deben caracterizar a esta asistencia.*

**José Luis Gutiérrez Pérez.** Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud



# INTRODUCCIÓN



El Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) nace en 1990 para dar respuesta integral y continua a las urgencias y emergencias sanitarias originadas en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, entendiendo el término “Urgencias” como “aquellas situaciones que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que tome la decisión, requiere de una atención inmediata”; y conceptualizando el término “Emergencias” como “aquellas urgencias que necesitan un mayor grado de complejidad para su resolución y comportan un compromiso vital o riesgos de secuelas graves permanentes para el paciente” (Asociación Médica Americana y Consejo de Europa).

Los objetivos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias son la mejora de la satisfacción de la población atendida por los servicios de urgencias, el aumento de la calidad científico-técnica de la asistencia urgente y la mejora de su eficiencia en términos de costes y resultados.

Desde los años anteriores a su puesta en marcha ya se venía configurando una red de servicios que además de garantizar los derechos de la ciudadanía, fue proveyendo los recursos necesarios para la atención a las urgencias y las emergencias. Con la puesta en marcha y el posterior desarrollo del PAUE la Comunidad Andaluza se dota de los dispositivos y estructuras que han permitido el logro de dichos objetivos:

Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalarios (SCCU).

Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en los centros de Atención Primaria (DCCU).

Equipos de Emergencias, terrestres y aéreos.

Red de Transporte Urgente y de Críticos.

Centros de Coordinación de las Urgencias en Andalucía.

Todos estos dispositivos comparten un enfoque clave y común en la prestación de sus servicios: configurar un proceso asistencial integral y único, en el que la continuidad de la atención es el elemento determinante que inspira la organización de la atención; más allá de la mera coordinación, los múltiples profesionales que intervienen en el proceso (en distintos tiempos y desde diferentes lugares) aportan una visión continua y compartida del trabajo asistencial con un objetivo común: el ciudadano.

Cabe destacar, como hito singular en el desarrollo del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, la creación en 1994 de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), con el objetivo de prestar asistencia a las emergencias sanitarias solicitadas por los ciudadanos andaluces, gestionadas a través del teléfono 061 y del número único de urgencias 902505061. EPES presta sus servicios a través de centros coordinadores de urgencias situados en las ocho provincias andaluzas, equipos terrestres y aéreos propios, transporte urgente interhospitalario y la coordinación de una Red de Transporte Urgente medicalizada y no medicalizada.

# LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

---

El Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) es pionero y referente a nivel nacional en situar la calidad como elemento fundamental sobre el que giran todas las políticas sanitarias. Busca construir un sistema sanitario excelente donde la mejora continua permita tener una sanidad más cálida, más cercana y personalizada.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en el año 2000 definió y puso en marcha el **I Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía** como un modelo estratégico de calidad que entendía ésta como “una apuesta irrenunciable y firme de un sistema sanitario orientado al ciudadano como eje central de todas sus actuaciones”. De esta forma, el ciudadano pasó a ser el eje central de todas las actuaciones sanitarias y su satisfacción, necesidades, demandas y expectativas se convirtieron, y sigue siendo así hoy día, en los objetivos fundamentales de la política sanitaria andaluza. Entre las líneas estratégicas de este I Plan, la calidad y los profesionales constituyen el núcleo más importante.

El I Plan de Calidad del SSPA supuso un “nuevo enfoque dirigido a propiciar una organización más horizontal y flexible, con un abordaje integral de los problemas de salud, basado en la continuidad asistencial como dimensión inherente a la calidad de los servicios” y en el que se impulsó la cultura de la mejora continua y de la cooperación profesional.

A partir de este I Plan, en 2004 se inició el desarrollo del **II Plan de Calidad del SSPA**, “con la vocación de búsqueda de una organización diferente, más moderna, que se posicionara al servicio de los ciudadanos de Andalucía; de un servicio público que se esfuerce en garantizar la mejor atención posible y que, desde una actitud emprendedora basada en la innovación, aborde nuevos retos para asegurar la persistencia de un sistema sanitario público solidario, equitativo y sostenible”. El II Plan de Calidad fue un elemento de continuidad de las políticas de calidad definidas desde su I Plan en el año 2000.

Tras la experiencia acumulada durante la década en la que el I y II Plan de Calidad han orientado las estrategias de salud en la comunidad andaluza, en el año 2011 se publica el “**Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía**”, instrumento participativo y consensado con el que se pretende trabajar en tres escenarios estratégicos: el de los ciudadanos y las ciudadanas, el de los y las profesionales y el de la propia organización sanitaria. Se define, por tanto, “un escenario compartido de valores, responsabilidades, conocimientos y decisiones entre ciudadanía, profesionales y organización donde generar salud y bienestar”.

El Plan de Calidad “quiere impulsar una visión que identifica al sistema sanitario como un sistema inteligente constituido por organizaciones generadoras de conocimiento, integradas en un paradigma mucho más amplio como es el de las sociedades del conocimiento”.

Para consolidar esta cultura de calidad, “entendida como un conjunto formado por la excelencia en la técnica y el conocimiento, junto al desarrollo de habilidades y actitudes orientadas a satisfacer las expectativas y necesidades de los ciudadanos y ciudadanas”, en el marco del Plan de Calidad, a lo largo de estos años se han definido, desarrollado e implantado plenamente cuatro estrategias que sirven de herramientas de apoyo a la gestión de los servicios:

La Gestión por Procesos.  
La Gestión Clínica.  
La Gestión por Competencias.

### La Gestión por Procesos

La Gestión por Procesos Asistenciales Integrados constituye una estrategia central para la mejora de la calidad. El Proceso Asistencial es el nexo entre profesionales y ciudadanos. La correcta integración del conocimiento, el desarrollo de modelos organizativos flexibles y la gestión adecuada de los procesos son los tres elementos básicos para la innovación y mejora de servicios.

En el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados está orientada a:

Centrar nuestras actuaciones en el usuario.  
Implicar a los profesionales como principales protagonistas del cambio.  
Garantizar una práctica clínica acorde con el conocimiento científico disponible.  
Facilitar la continuidad asistencial.  
Evaluar los resultados obtenidos.

Las modernas estrategias de calidad han demostrado que, para mejorar continuamente la calidad de los servicios de una organización, es necesario incidir en la mejora continua de todos los elementos que la configuran. En Andalucía este enfoque, junto a la experiencia acumulada del trabajo realizado en los últimos 11 años desde la puesta en marcha en 2001 de la Estrategia de Gestión por Procesos, justificó la actualización del abordaje y desarrollo de la misma con el objetivo de disminuir la variabilidad en la práctica clínica (cada vez más compleja y especializada), de garantizar la continuidad de la asistencia y de lograr que la ciudadanía reciba un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas, incorporando aspectos fundamentales como la Seguridad del Paciente, los Cuidados Enfermeros, el Uso Racional del Medicamento o la última Evidencia Científica disponible. Fruto de esta reflexión en el año 2009 se publica la 2ª edición de la Guía de Diseño y Mejora Continua de los Procesos Asistenciales Integrados, la cual incorpora todas las herramientas y dinámicas de mejora continua establecidas en el SSPA, enfatizando dimensiones de la calidad que se han ido desarrollando en el contexto de la Gestión Clínica.

### La Gestión Clínica

El SSPA está transformándose en una organización estructurada en unidades de gestión clínica, que tiene en cuenta el trabajo en equipo, la autonomía de los profesionales y la descentralización

en la toma de decisiones para la gestión de los recursos disponibles. Un modelo donde las relaciones y alianzas entre profesionales, ciudadanos, administración sanitaria y otros sectores socioeconómicos se establecen en base a la potencialidad de lo local, aprovechando las oportunidades y fortalezas que, en el entorno de cada unidad de gestión, existen.

Esta concepción del sistema sanitario para los próximos años nace de la necesidad de gestionar lo variable, es decir, de hacer una “gestión asimétrica” que permita a los profesionales organizarse en estrella alrededor de las necesidades de los ciudadanos y las ciudadanas, permitiendo armonizar todo ese conjunto de intereses. No se trata de una simple descentralización de competencias y responsabilidades, sino de una verdadera redistribución organizativa que dé lugar a una nueva red asistencial distribuida donde desaparece la línea divisoria entre centro y periferia, ya que cualquier parte del sistema sanitario adquiere la máxima importancia. Avanzamos hacia un modelo donde su configuración es absolutamente variable y adaptable a las necesidades cambiantes de la sociedad, y es aquí donde adquieren máxima importancia los estándares y reglas que garanticen una sanidad de calidad.

La Gestión Clínica, como nuevo modelo organizativo adoptado por los servicios, centros y dispositivos del SSPA, constituye un modelo organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica, y pretende el desarrollo de una atención sanitaria coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que prestan sus servicios.

La Gestión Clínica, en el marco del Plan de Calidad se basa en los siguientes ejes:

Los Ciudadanos, dando respuesta a sus expectativas y cobertura a sus necesidades de atención, con eficiencia, calidad y seguridad en la prestación de los servicios.

Los Profesionales, proporcionándoles las herramientas adecuadas para el ejercicio de sus funciones, incentivando su participación en la organización, el trabajo en equipo, y garantizando su acceso a la formación y desarrollo profesional.

La Organización, respondiendo a las líneas estratégicas marcadas en los Planes de Calidad, en los Acuerdos de Gestión Clínica y en las directrices y estrategias de la Consejería de Salud en materia de atención urgente a los ciudadanos andaluces.

### La Gestión por Competencias, el Modelo de Acreditación y la Mejora Continua

En este marco, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en el año 2004, designó a la **Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)** como entidad certificadora del Sistema de Acreditación para el SSPA, desarrollando un Modelo de Acreditación propio y singular que pretende reconocer la excelencia de los profesionales y la calidad de sus Centros.

En el ámbito de la competencia profesional, la Consejería de Salud identifica la Acreditación de Competencias Profesionales como un elemento clave de las estrategias de calidad de los servicios

sanitarios y de evaluación de los profesionales del SSPA. De este modo, la Gestión por Competencias, como la Gestión Clínica, es una herramienta fundamental que posibilita el desarrollo de una cultura de mejora continua.

El Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales del SSPA, integrado dentro del Modelo de Gestión por Competencias, define la "Acreditación" como un reconocimiento, expreso y público, al cumplimiento de los requisitos necesarios para prestar una asistencia de calidad, así como el inicio de una línea de mejora continua por parte de un profesional. De este modo, la acreditación no es un fin en sí misma, sino un proceso dinámico, continuo y evolutivo, que brinda a los profesionales la oportunidad de establecer alternativas de desarrollo para crecer en calidad. Durante este proceso, los profesionales observan y reconocen la proximidad que hay entre sus competencias reales y las que están definidas en el correspondiente Manual o Mapa de Competencias.

Del mismo modo, en el ámbito de la Acreditación de los Centros Sanitarios y Unidades Asistenciales, la ACSA ha definido los estándares de calidad requeridos por éstos como un patrón de referencia con el que caminar hacia la mejora de los servicios al ciudadano. El "Programa de Acreditación de Centros y Unidades Asistenciales" está orientado a impulsar la mejora continua y, su punto de partida, es el potencial de mejora de los propios centros asistenciales y la madurez de éstos en la gestión de la calidad.





ESTABLECIMIENTO DE  
ESTÁNDARES DE CALIDAD  
EN LA ATENCIÓN URGENTE  
AL CIUDADANO

---

## Objetivos

Desde el momento en el que el Sistema Sanitario Público de Andalucía adoptó un Modelo de Calidad para sus instituciones, a través de la elaboración del Plan de Calidad, los servicios de urgencias y emergencias sanitarias (como todos y cada uno de los servicios sanitarios del SSPA) adquirieron ante los ciudadanos andaluces el compromiso de garantizar la calidad en su atención.

En este proceso de mejora continua de la calidad y de búsqueda de la excelencia en la atención urgente al ciudadano del SSPA, se propone la definición y desarrollo de un Documento Marco sobre Estándares de Calidad de la atención urgente y emergente a las y los ciudadanos andaluces basados en la evidencia científica disponible y en las aportaciones de los expertos, con el objetivo de consolidar un conjunto de atributos que garanticen la calidad de la atención urgente, cualquiera que sea el momento, el lugar o el profesional que realice dicha atención.

Este documento representa una aproximación transversal y previa a los instrumentos y herramientas de calidad del sistema sanitario, por tanto los estándares y recomendaciones que aquí se recogen deberán trasladarse, fusionarse o complementarse, con las adaptaciones necesarias, a los programas de acreditación de las unidades de gestión clínica de este ámbito, a los acuerdos de gestión anuales con las UGC correspondientes, a los mapas de competencias de los profesionales implicados y sus respectivos programas de acreditación, a los estándares para la acreditación de formación continuada en este ámbito y a los procesos integrales correspondientes, entre otros.

## Metodología

Los estándares de calidad determinan las condiciones deseables que deben cumplir los servicios para que éstos sean aceptados “como la línea de base de la buena práctica”. Por lo tanto, los estándares de calidad de la atención urgente deberán estar basados, al menos, en los siguientes pilares en los que descansa la búsqueda de la excelencia en la atención sanitaria:

Bloque 1	El Ciudadano
Bloque 2	La Atención Sanitaria Integral
Bloque 3	El Profesional
Bloque 4	La Eficiencia
Bloque 5	Los Resultados

De este modo, se definen estándares de calidad que permitan alcanzar los objetivos de excelencia de cada uno de los Bloques enunciados. A su vez, cada Estándar contiene los Criterios de Calidad que hacen posible el cumplimiento de su Estándar correspondiente, haciendo referencia tanto a elementos de calidad de los profesionales y de su práctica clínica, como a elementos de calidad de los propios dispositivos/centros de atención urgente. Y por último, para cada criterio se propone, al menos, un Indicador como medida cuantitativa que puede usarse de guía para controlar y valorar la calidad de las actividades; es decir, la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa algo. Los indicadores se evalúan (miden) de forma periódica y permiten tener una visión de conjunto de la calidad del servicio que se presta, actuando cuando se presentan desviaciones.

Los indicadores de calidad que se presentan en este documento han sido definidos garantizando entre sus principales características, que están enunciados con objetividad y de la forma más sencilla posible, que sean fáciles de capturar, que permitan su seguimiento o monitorización de forma sencilla no implicando un elevado grado de complejidad en su interpretación, así como que resulten relevantes para la toma de decisiones.



# Bloque



## El Ciudadano

La satisfacción de las ciudadanas y los ciudadanos constituye la razón de ser de un sistema sanitario como el andaluz, público, universal y gratuito.

Desde el año 2000 la Consejería de Salud, a través de los Planes de Calidad, ha puesto en marcha un modelo estratégico y referente a nivel nacional que entiende la calidad como una apuesta irrenunciable de un sistema sanitario orientado al ciudadano, que pasa a ser el eje central de todas sus actuaciones. Por tanto, sus expectativas, necesidades y demandas son desde entonces el objetivo fundamental de las políticas sanitarias en Andalucía.

En el Sistema Sanitario Público Andaluz el ciudadano es el centro del Sistema, y la calidad percibida por éste depende, en gran medida, de que sus necesidades y expectativas queden satisfechas, para lo cual es necesario no sólo identificar qué servicios precisan los ciudadanos, sino también transmitirles cómo utilizarlos eficazmente, favoreciendo su participación en las decisiones relativas a su asistencia.

Por todo ello, los estándares referidos a la satisfacción, la participación y la promoción de los derechos de los ciudadanos, en el ámbito de la atención urgente, pretenden garantizar una asistencia personalizada a través del desarrollo de buenas prácticas y el cumplimiento de estándares que sitúen a la persona como sujeto activo de su proceso de atención y recuperación de tal forma que queden integradas en este abordaje las características y situaciones de cada persona que definen su entorno vital, su mundo de valores, su rol social asignado y sus condicionantes de vida; en definitiva, humanizar la atención sanitaria prestada.

## ESTÁNDAR 1

Promover la toma de decisiones del ciudadano con respecto a su proceso asistencial, ofreciendo la información oportuna que le permita participar y elegir con conocimiento, propiciando el cumplimiento de sus derechos.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 1.1.** Se promueve el ejercicio de los derechos de los ciudadanos facilitando el ejercicio de los mismos mediante acciones efectivas (información sobre el uso de los derechos de segunda generación, limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes cuyo proceso es irreversible, utilización del Consentimiento Informado en los casos requeridos, etcétera).

#### Indicador 1.1.1.: Salas de espera con Carta de Derechos y Deberes

**Descripción:** Número de salas de espera de pacientes y familiares en las que está visible la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos.

**Justificación:** La Ley General de Sanidad establece los derechos de los ciudadanos en relación con las diferentes administraciones públicas sanitarias, estableciendo las obligaciones de éstos con respecto a los servicios y los organismos del sistema sanitario. La Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos es un instrumento básico en la relación que éstos mantienen con el sistema sanitario, delimitando la situación de ambas partes y aportando certeza y seguridad jurídica.

**Ámbito de aplicación:** Servicios de Urgencias que cuentan con un Servicio de Admisión, espacios administrativos y/o salas de espera.

**Fórmula:**

Numerador: nº de salas con Cartas de Derechos y de Deberes x 100.

Denominador: nº total de salas de espera.

**Explicación de términos:** El término "salas de espera" hace referencia a aquellas salas donde los pacientes o los familiares permanecen un mínimo de tiempo sin realizar otra actividad y, por lo tanto, este tiempo les da la posibilidad de leer dichas Cartas.

**Fuente de datos:** Auditorías del Servicio de Urgencias.

**Estándar:** No establecido. Se propone el 85% de las salas de espera.



#### Indicador 1.1.2.: Profesionales formados en Derechos y Deberes del Ciudadano

**Descripción:** Número de profesionales con formación en Derechos y Deberes del Ciudadano.

**Justificación:** El conocimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos, por parte de los profesionales sanitarios implicados en su asistencia, es fundamental para que puedan velar por el cumplimiento de los mismos.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales con formación en Derechos y Deberes de los ciudadanos x 100.  
Denominador: nº de profesionales.

**Explicación de términos:** En "formación en derechos y deberes" se incluyen todas las actividades docentes (cursos, sesiones, seminarios, etcétera) orientadas al conocimiento sobre voluntades vitales anticipadas, derechos de segunda generación, limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes cuyo proceso es irreversible, utilización del consentimiento, etcétera), en el ámbito de la atención urgente y emergente.

**Fuente de datos:** Auditorias del Servicio de Urgencias.

**Estándar:** No establecido. Se propone el 25% de los profesionales del Servicio/Unidad.

- 1.2.** Se informa adecuadamente a los usuarios sobre todos los aspectos relacionados con su salud, asegurando la participación de los pacientes en la toma de decisiones ante posibles alternativas terapéuticas y de cuidados, garantizándoles su derecho a negarse al tratamiento y a cumplir su derecho de voluntad vital anticipada.

### Indicador 1.2.1.: Consentimiento informado en el proceso de atención urgente

**Descripción:** Constancia, en la Historia de Salud, de haber informado al paciente durante su proceso de atención, haciéndole participe en la toma de decisiones ante todas las intervenciones que lo requieran.

**Justificación:** La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica obliga a informar al paciente y a hacerlo participe de su proceso de salud, y a informar a sus familiares o personas vinculadas de hecho, siempre que el paciente lo permita explícita o tácitamente (artículo 5.1), así como también lo hace la Orden de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los centros del SSPA, en relación al procedimiento del consentimiento informado.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes en los que se realiza y registra el consentimiento informado x 100.  
Denominador: nº total de pacientes a los que se les han realizado los procedimientos especificados.

**Explicación de términos:** Se consideran pacientes subsidiarios de requerir consentimiento informado aquellos a los que se les realiza, de forma electiva, alguno de los siguientes procedimientos: punción lumbar, toracocentesis, paracentesis, transfusión de hemoderivados, vías centrales, fibrinólisis y aislamiento de la vía aérea. Obviamente, se incluye cualquier tipo de información clínica (todo dato, cualquiera que sea su forma, clave o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre la salud de la persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla, o recuperarla).

**Fuente de datos:** Auditoría de Historias Clínicas o registro informático, en su caso.

**Estándar:** Superior al 90%.





- 1.3.** Se orienta la labor asistencial a la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano, utilizando cuestionarios de satisfacción que permitan el análisis de sus resultados y la adopción de medidas para mejorar el grado de satisfacción de los usuarios.

#### Indicador 1.3.1.: Satisfacción de los pacientes

**Descripción:** Nivel de satisfacción de los pacientes con respecto a su proceso asistencial.

**Justificación:** El nivel de satisfacción de los pacientes es el fiel reflejo del nivel de calidad percibida de la asistencia.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes que responden a la encuesta de satisfacción al ítem "Satisfacción global" como "Satisfecho" o "Muy satisfecho" x 100.

Denominador: nº de pacientes que responden la encuesta en el periodo a analizar.

**Explicación de términos:** Se considera el grado de satisfacción esperado al equivalente a "Satisfecho" o "Muy Satisfecho", en función del tipo de escala utilizada en el Cuestionario de Satisfacción correspondiente.

**Fuente de datos:** Encuesta de satisfacción específica del ámbito de la atención urgente y emergente.

**Estándar:** Igual o superior al 85%.

#### Indicador 1.3.2.: Tasa de reclamaciones

**Descripción:** Tasa de reclamaciones presentadas por los pacientes y/o sus familiares, en forma de manifestación escrita.

**Justificación:** Las reclamaciones son una manifestación de la calidad de la asistencia percibida por los pacientes o familiares.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de reclamaciones interpuestas x 100.

Denominador: nº de personas atendidas en el sistema de atención urgente, a lo largo de un año.

**Explicación de términos:** Se entiende por "reclamación" la manifestación escrita, por parte del paciente o familiares, de cualquier situación o incidente que haya generado insatisfacción durante el proceso asistencial.

**Fuente de datos:** Gestoría de Usuarios.

**Estándar:** No establecido.

- 1.4. Se emplean las habilidades de comunicación adecuadas y se utilizan estrategias de intermediación cultural que permitan establecer una comunicación eficaz con el paciente y su familia, de modo que se posibilite iniciar, mantener y concluir una relación asistencial o profesional con resultados de calidad.

#### Indicador 1.4.1.: Protocolo de información a los pacientes y familiares

**Descripción:** La unidad/servicio de atención urgente dispone de un protocolo de información a los pacientes y familiares, y ha difundido su contenido entre los profesionales.

**Justificación:** La información es un derecho reconocido por la Ley de Salud de Andalucía. Una información correcta proporciona mayor implicación y autonomía del paciente y su familia en el proceso asistencial, necesarias para participar en la toma de decisiones y favorecer una relación asistencial satisfactoria.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existencia de un protocolo de información a los pacientes (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** El protocolo de información debe estructurar su proceso: tipo de información, lugar, horario y responsables de facilitarla, durante las diferentes fases del proceso de atención en urgencias. Debe incluir específicamente el procedimiento a seguir en caso de barreras, tanto interculturales (idioma, religión, etcétera) como de otro tipo (minusvalía, incapacidad, etcétera).

**Fuente de datos:** Protocolos del Servicio.

**Estándar:** Existe un Protocolo de Información a los Pacientes.



### Indicador 1.4.2.: Reclamaciones por desinformación

**Descripción:** Reclamaciones presentadas por los pacientes y/o sus familiares, en forma de manifestación escrita, motivadas por falta de información.

**Justificación:** La información es un derecho reconocido por la Ley de Salud de Andalucía. Una información correcta proporciona mayor implicación y autonomía del paciente y su familia en el proceso asistencial, necesarias para participar en la toma de decisiones y favorecer una relación asistencial satisfactoria.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

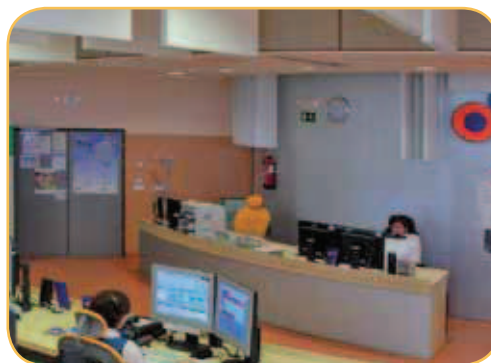
Numerador: nº de reclamaciones por falta de información x 100.

Denominador: nº de personas atendidas en el sistema de atención a lo largo de un año.

**Explicación de términos:** Se entiende por "reclamación por desinformación" a la manifestación escrita, por parte del paciente o familiares, de cualquier situación o incidente referidos a la falta de información que haya generado insatisfacción durante el proceso asistencial.

**Fuente de datos:** Gestoría de Usuarios.

**Estándar:** No establecido.



- 1.5.** Se favorece una respuesta individualizada a las necesidades y expectativas de los pacientes, teniendo en cuenta su opinión, e incorporando a la familia en el proceso asistencial si el paciente así lo requiere, valorando el diferencial entre expectativas y percepción de los usuarios atendidos.

#### Indicador 1.5.1.: Información sobre el proceso que motiva la atención del paciente en la unidad de urgencias

**Descripción:** Una información clara y comprensible al paciente, en relación al proceso que motiva su atención, los procedimientos diagnósticos que se le realizan y su tratamiento en la urgencia, implica al paciente en el cuidado de su propia salud y es un elemento relevante en todas las estrategias de atención. Por ello, como principio general, la información al paciente debe ser clara, precisa y suficiente.

**Justificación:** El nivel de satisfacción de los pacientes es el fiel reflejo del nivel de calidad percibida de la asistencia.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes que responden a la encuesta de satisfacción al ítem "Información sobre su proceso, cuidados, pruebas diagnósticas y tratamiento" como "Satisfecho" o "Muy satisfecho" x 100.

Denominador: nº de pacientes que responden la encuesta en el periodo a analizar.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Encuesta de satisfacción específica del ámbito de la atención urgente y emergente.

**Estándar:** Igual o superior al 85%.

## ESTÁNDAR 2

Garantizar la confidencialidad de la información y el respeto a la intimidad y privacidad del paciente durante su asistencia.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 2.1.** Se protege la confidencialidad de la información proporcionada por las personas (manejo de la historia de salud, solicitud de autorización para dar información a terceras personas, etcétera) haciendo un uso adecuado de la misma y cumpliendo la legislación vigente en materia de información y protección de datos.

### Indicador 2.1.1.: Se dispone de un plan para preservar la confidencialidad e intimidad en el manejo de la información del paciente

**Descripción:** La Unidad de Urgencias tendrá elaborado un plan de acción destinado a asegurar la confidencialidad e intimidad en los diferentes aspectos y ámbitos relacionados con la información y documentación clínica del paciente.

**Justificación:** El paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias. Por tanto, en un sentido general, se puede decir que todo el contenido de la historia está sometido al deber de confidencialidad.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Cualitativo: (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Documentación de los Servicios y Dispositivos de Urgencias.

**Estándar:** Existe un plan de acción sobre confidencialidad e intimidad en el manejo de la información clínica del paciente.



**2.2.** Se preserva la intimidad y privacidad de los pacientes utilizando los espacios, procedimientos y dispositivos adecuados.

### Indicador 2.2.1.: Plan de intimidad del paciente

**Descripción:** La Unidad/Servicio de atención urgente dispone de un Plan de Intimidad del Paciente y ha difundido su contenido entre los profesionales.

**Justificación:** La Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, en su art. 22, dice que “en el ámbito de la atención urgente y emergente, se debe garantizar el derecho a la personalidad, dignidad humana e intimidad así como a la confidencialidad del usuario durante todo su proceso de atención”. Asimismo, la Constitución Española define la protección de la intimidad de la persona como un derecho fundamental, apoyado en la dignidad y en los derechos inviolables que le son inherentes al ser humano.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales de la unidad que han recibido formación sobre Plan de Intimidad x 100.

Denominador: nº de profesionales de la unidad.

**Explicación de términos:**

- Se entiende por “Intimidad” la zona espiritual, íntima y reservada de una persona o de un grupo.
- “Privacidad”: ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión.
- “Confidencialidad”: que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas.
- “Confianza”: esperanza que se tiene de alguien o algo.

**Fuente de datos:** Actas de formación y documentación del plan.

**Estándar:** Igual o superior al 25%.

### Indicador 2.2.2.: Satisfacción de los pacientes con respecto a la protección de su intimidad

**Descripción:** Análisis de la satisfacción de los pacientes en relación al respeto a su intimidad durante el proceso de atención urgente.

**Justificación:** Disponer de una herramienta (encuesta), validada y breve, sobre la satisfacción percibida por los usuarios en relación al respeto y la protección de su intimidad que permite identificar áreas de mejora.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes atendidos y a los que se les ha pasado la encuesta.

Denominador: nº total de pacientes atendidos .

**Explicación de términos:** Las encuestas deben tener una periodicidad trimestral o semestral.

**Fuente de datos:** Análisis estadístico y cualitativo de las encuestas recibidas.

**Estándar:** Dependiendo de la demanda del servicio (muestra representativa).



### ESTÁNDAR 3

Favorecer la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de atención urgente y emergentes.

#### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 3.1.** Se promueve la accesibilidad del usuario a los servicios de atención urgente y emergente, a través de la optimización de los recursos disponibles, acercamiento de los servicios, eliminación de barreras (físicas, idiomáticas, culturales, etcétera).

#### Indicador 3.1.1.: Utilización de los recursos para resolver barreras idiomáticas

**Descripción:** Uso del servicio de traducción simultánea para usuarios extranjeros y extranjeras con problemas de idiomas o realización de entrevistas en formato papel en varios idiomas.

**Justificación:** Importancia de la comunicación para asistir al paciente o extraer información de acompañantes. Este servicio puede ser utilizado con dispositivo fijo o móvil.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existencia de sistemas de traducción en formato papel o teletraducción.

**Explicación de términos:** Análisis de los grupos étnicos que se atienden en los puntos de urgencia.

**Fuente de datos:** Servicio de Traducción de Salud Responde.

**Estándar:** 95% de los usuarios atendidos, que presentaban problemas de idioma.

- 3.2.** Se resuelve la demanda de atención urgente en un tiempo adecuado, en función de los criterios de gravedad, complejidad, fragilidad del paciente y las necesidades asistenciales, de acuerdo con un sistema de clasificación validado.

### Indicador 3.2.1.: Tiempo de espera desde que el ciudadano contacta con un servicio de urgencias hasta que es atendido

**Descripción:** Se refiere al tiempo que transcurre desde la llegada de un paciente a un punto de atención urgente hasta que es valorado por el personal sanitario y comienza su atención. Tiempos en cada prioridad: P1: atención inmediata; P2: 10 minutos; P3: 60 minutos; P4: 120 minutos; P5: 240 minutos.

**Justificación:** Recomendaciones del Grupo Español de Triage Manchester.

**Ámbito de aplicación:** Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) y Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU) del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: tiempo de espera de cada prioridad por debajo o igual al estándar x 100.

Denominador: tiempo de espera asignado a la prioridad correspondiente.

**Explicación de términos:** Prioridad: catalogación del paciente con base en la presunta gravedad del cuadro clínico que presenta. P1: crítico; P2: emergencias; P3: urgencias; P4: estándar; P5: no urgencias.

**Fuente de datos:** Módulo de explotación MTI o Diraya Urgencias.

**Estándar:** Igual o superior al 90% excepto para P1 que será del 100%.

### Indicador 3.2.2.: Tiempo de espera desde que el ciudadano contacta con un servicio de urgencias pediátricas hasta que es atendido

**Descripción:** Se refiere al tiempo que transcurre desde la llegada de un paciente a un punto de atención urgente hasta que es valorado por el personal sanitario y comienza su atención. Tiempos en cada prioridad: P1. Nivel de triaje I: Inmediata; P2. Nivel de triaje II: Inmediata enfermería. 15 minutos facultativo; P3. Nivel de triaje III: 30 minutos; P4. Nivel de triaje IV: 60 minutos; P5. Nivel de triaje V: 120 minutos.

**Justificación:** Recomendaciones del Sistema Canadiense Pediátrico adaptado e informatizado.

**Ámbito de aplicación:** Unidades de Urgencias Pediátricas Hospitalarias.

**Fórmula:**

Numerador: tiempo de espera de cada prioridad por debajo o igual al estándar x 100.

Denominador: tiempo de espera asignado a la prioridad correspondiente.

**Explicación de términos:** Prioridad o nivel de triaje: catalogación del paciente con base en la presunta gravedad del cuadro clínico que presenta, entendiéndose como susceptible de ser beneficiado por la atención temprana: Triaje I. Emergencia vital; Triaje II. Emergencia; Triaje III. Urgencias; Triaje IV. Urgencia no objetivable; Triaje V: No urgencia.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** Igual o superior al 90% excepto para P1 que será del 100%.



### Indicador 3.2.3.: Tiempo de espera para acceder a la atención sanitaria a través de un centro coordinador de urgencias y emergencias de EPES-061

**Descripción:** Se refiere al tiempo que transcurre desde que el ciudadano contacta con un servicio de urgencias, a través del teléfono único de urgencias (902 505 061) o de emergencias (112 ó 061), hasta que es atendido.

**Justificación:** Recomendaciones del Manual de Calidad de EPES.

**Ámbito de aplicación:** Centros de Coordinación de Urgencias de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

**Fórmula:**

Numerador: tiempo de espera hasta descuelgue por debajo o igual al estándar x 100.

Denominador: total de tiempo de descuelgue.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** SIEPES.

**Estándar:** Tiempo de espera hasta descuelgue menor o igual a 15 segundos en el 80% de las llamadas recibidas por líneas de urgencias.

- 3.3.** Se utilizan sistemas de información como herramienta para la evaluación de indicadores, que garanticen los tiempos de respuesta y la accesibilidad de los ciudadanos.

### Indicador 3.3.1.: Seguimiento de indicadores de calidad

**Descripción:** Existe una sistemática de control y seguimiento de los indicadores de calidad de la actividad sanitaria considerados como “básicos”.

**Justificación:** El registro sistemático de los aspectos más relevantes de la atención urgente y emergente permite el seguimiento y evaluación de la calidad de dichos servicios, así como la introducción de mejoras, fundamentalmente referidos a indicadores de tiempo y accesibilidad.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existencia de un Cuadro de Mando (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** El Cuadro de Mando es una herramienta que recoge los parámetros fundamentales de un “negocio”, proporcionando información de la evolución de los mismos. Los Cuadros de Mando deben presentar sólo aquella información que sea imprescindible, de una forma clara, sencilla, sinóptica y útil.

**Fuente de datos:** Documentación y registros del Servicio/Unidad y Cuadro de Mando de la Dirección del centro.

**Estándar:** Existe un Cuadro de Mando.



**3.4.** Se facilita el conocimiento e incorporación del ciudadano a la organización, informándole, ofertándole o proporcionándole recursos disponibles y/o no disponibles en su área asistencial.

**Indicador 3.4.1.: Información a los ciudadanos sobre los recursos disponibles en el área**

**Descripción:** El Servicio/Unidad dispondrá de recursos de información dirigidos a los pacientes, sobre flujos o circuitos, oferta de servicios, horarios de atención, mapa de situación dentro del área y de los tiempos medios de espera, en diversos idiomas si procede.

**Justificación:** La base para poder garantizar que el ciudadano se sienta partícipe del funcionamiento del SSPA es tenerle informado en todo momento.

**Ámbito de aplicación:** Todos los ámbitos, excepto en el caso de emergencias vitales.

**Fórmula:** Existencia de recursos de información para los ciudadanos (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** Los recursos de información incluyen cartelería, medios audiovisuales, multimedia, etcétera. Los idiomas se seleccionarán en función de la demanda de ciudadanos extranjeros. En el contenido mínimo de la información se incluye: salas y dispositivos asistenciales de los que dispone el servicio, flujos de atención, dispositivos de ayuda para las barreras idiomáticas o visuales, etcétera.

**Fuente de datos:** Auditoría/Informe del Servicio/Dirección del centro.

**Estándar:** Existe al menos un recurso de información para los ciudadanos.

### Indicador 3.4.2.: Oferta de recursos al usuario

**Descripción:** Las unidades elaboran una Guía de Recursos Locales para los ciudadanos y la ponen a disposición de los profesionales.

**Justificación:** La base para poder garantizar que el ciudadano tenga acceso a los recursos disponibles es proporcionarle la información correspondiente para que pueda hacer uso de dichos recursos.

**Ámbito de aplicación:** Todos los ámbitos, excepto emergencias vitales.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales de la unidad que han asistido a la formación sobre la Guía de Recursos x 100.

Denominador: nº de profesionales de la unidad.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Actas de la formación y documentación de la Guía de Recursos Locales.

**Estándar:** Igual o superior al 15% de los profesionales.

### Indicador 3.4.3.: Existencia de circuitos especiales de atención a pacientes vulnerables: violencia de género

**Descripción:** Las mujeres atendidas por violencia de género reciben información sobre los recursos disponibles y/o no disponibles en el área, basándose en la Guía de Recursos correspondiente.

**Justificación:** Dentro del proceso de atención a las mujeres que han sufrido violencia de género, no sólo es importante la remisión de los partes de lesiones al juzgado de guardia, sino también la información sobre los recursos asistenciales y no asistenciales disponibles, con el fin de asegurar una atención integral a las mismas.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de mujeres víctimas de violencia de género que reciben información de recursos x 100.

Denominador: nº total de mujeres atendidas por violencia de género.

**Explicación de términos:** Guía de recursos del protocolo común de actuación.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** Igual o superior al 95% del total de mujeres atendidas por violencia de género.

### Indicador 3.4.4.: Existencia de circuitos especiales a pacientes vulnerables: maltrato infantil

**Descripción:** Las situaciones compatibles con sospecha de maltrato a niños son notificadas, mediante la "Hoja de detección y notificación del maltrato infantil" de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a la Dirección General de Infancia y Familias y a los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, en caso de maltrato leve o moderado, o a la Delegación Provincial de la Consejería, en caso de maltrato grave.

**Justificación:** Recomendaciones de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

**Ámbito de aplicación:** Unidades de Urgencias Pediátricas, Consultas de Pediatría y cualquier ámbito (familiar, escolar o social) donde pueda detectarse el maltrato.

**Fórmula:**

Numerador: nº de situaciones de maltrato infantil notificadas x 100.

Denominador: nº de situaciones de maltrato infantil.

**Explicación de términos:** Maltrato infantil: cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide e interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** Igual o superior al 95%.



# Bloque



## La Atención Sanitaria Integral

En el Sistema Sanitario Público Andaluz el objetivo fundamental es ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas de los destinatarios de los mismos, es decir, de los ciudadanos y las ciudadanas, potenciando un papel más activo en su proceso de atención y recuperación, favoreciendo su papel de cuidador y articulando, más aún si cabe, espacios para el diálogo con las asociaciones de pacientes.

Para lograr este objetivo, se ha dotado de instrumentos que, como la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados, los Planes Integrales y los Planes Sectoriales constituyen las herramientas fundamentales para que ciudadanos y profesionales en el espacio compartido que supone la Gestión Clínica como modelo organizativo, interactúen de una forma corresponsable y se produzca la prestación de servicios y la garantía de derechos.

Bajo este paraguas estratégico en el que se abordan de forma conjunta las necesidades de recuperación de la persona enferma con las de prevención de la enfermedad y promoción de la salud es donde se desarrolla la Gestión Clínica y, por tanto, donde se operativizan estrategias y planes de salud transversales como la "Estrategia de Cuidados de Andalucía", la "Estrategia de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud", los planes integrales como el "Plan Integral de Atención a las Cardiopatías" o el "Plan Integral de Atención a la Accidentalidad" o los planes específicos como el "Plan de Atención a Pacientes con Ictus," o el "Plan de Atención a las Personas con Dolor", que adquieren una especial relevancia en el entorno de las urgencias y las emergencias.

La Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía cobra un protagonismo fundamental, al ser la atención a las urgencias un momento de especial vulnerabilidad de la persona enferma y de su familia. Por este motivo, se desarrollan estándares e indicadores específicos relacionados con la detección de riesgos, la identificación de pacientes o el uso seguro de tecnologías entre otros.

## ESTÁNDAR 4

Promover la seguridad en la práctica clínica, minimizando los riesgos y previniendo los daños derivados de la asistencia a los individuos, la comunidad y las poblaciones de riesgo, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 4.1.** Se realizan actividades encaminadas a la detección de riesgos, así como a la prevención, detección y comunicación de eventos adversos, para proveer una atención urgente segura (registro de recomendaciones preventivas, valoración de la presencia de hábitos tóxicos, detección y actuación ante casos de violencia infantil, de género, o violencia a ancianos y/o personas dependientes, etcétera).

#### Indicador 4.1.1.: Mapa de riesgos

**Descripción:** Análisis y descripción de los riesgos en cada uno de los procesos, procedimientos y circuitos asistenciales y no asistenciales.

**Justificación:** Evaluar la implantación de medidas de seguridad.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA

**Fórmula:** Existencia de un Mapa de Riesgos (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Auditorías de cada Servicio de Urgencias.

**Estándar:** Existe un Mapa de Riesgos.

#### Indicador 4.1.2.: Análisis modal de fallos y efectos

**Descripción:** En la unidad existe un sistema implantado de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

**Justificación:** Evaluar la implantación de medidas de seguridad.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número absoluto de AMFEs realizados en la unidad.

**Explicación de términos:** El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es un procedimiento de análisis de fallos potenciales en un sistema de clasificación determinado por la gravedad o por el efecto de los fallos en el sistema, cuyo objetivo es mejorar la seguridad a través de los circuitos de trabajo.

**Fuente de datos:** Auditorías de cada Servicio de Urgencias.

**Estándar:** 100%.

### Indicador 4.1.3.: Notificación de incidentes de seguridad

**Descripción:** Número de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, comunicados por la Unidad al Observatorio para la Seguridad del Paciente, en un determinado plazo de tiempo.

**Justificación:** Los pacientes tienen derecho a recibir una atención sanitaria tan segura como sea posible, por lo que la promoción de su seguridad es, actualmente, un elemento clave de la calidad. La OMS y el Consejo de Europa han instado a los diferentes gobiernos a situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias. El SSPA ha desplegado una estrategia para incrementar la seguridad del paciente, de acuerdo con el II Plan de Calidad de la Consejería de Salud, el Plan de Calidad para el SNS y en el marco de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. El conocimiento más importante en el campo de la seguridad del paciente radica en cómo prevenir el daño durante su asistencia. El propósito fundamental de un sistema de gestión de incidentes de seguridad o eventos adversos es aprender de la experiencia.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número absoluto de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, comunicados por la Unidad en un año.

**Explicación de términos:** Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente. El sistema de notificación de un incidente incluye:

- Eventos adversos: incidentes que producen daño al paciente (daño relacionado con la atención sanitaria que no se corresponde con una complicación propia de la enfermedad).
- Incidentes sin daño: también llamados “casi errores o evento adverso potencial”, es un error serio que tiene el potencial de originar un evento adverso, pero que no se produce por azar o porque es interceptado. Se asume que los fallos latentes en los sistemas que provocan los incidentes sin daño son los mismos que provocan los eventos adversos.

**Fuente de datos:** Observatorio para la Seguridad del Paciente (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía).

**Estándar:** No establecido.



- 4.2. Se promueve la realización de prácticas seguras en el uso de medicamentos y/o dispositivos de soporte a los cuidados y apoyo terapéutico.

#### Indicador 4.2.1.: Acciones formativas sobre seguridad del paciente

**Descripción:** Profesionales que han recibido acciones formativas acreditadas, relacionadas con la seguridad del paciente.

**Justificación:** Los pacientes tienen derecho a recibir una atención sanitaria tan segura como sea posible, por lo que la promoción de su seguridad es, actualmente, un elemento clave de la calidad. La OMS y el Consejo de Europa han instado a los diferentes gobiernos a situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias. El SSPA ha desplegado una estrategia para incrementar la seguridad del paciente, de acuerdo con el II Plan de Calidad de la Consejería de Salud, el Plan de Calidad para el SNS y en el marco de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. La formación de los profesionales en la realización de prácticas seguras, promueve el cumplimiento de las diferentes estrategias en el ámbito de la seguridad del paciente y minimizan los riesgos de producir daño.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales sanitarios que realizan acciones formativas acreditadas, relacionadas con la seguridad del paciente x 100.

Denominador: nº de profesionales sanitarios de la unidad.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Auditorías de cada Servicio de Urgencias.

**Estándar:** Al menos el 30% de los profesionales.

#### Indicador 4.2.2.: Prescripción de medicamentos y productos sanitarios

**Descripción:** Se prescriben medicamentos y productos sanitarios en formato electrónico que garantice la seguridad del paciente.

**Justificación:** Garantizar a los pacientes el adecuado nivel de seguridad y eficacia en la prescripción de medicamentos y productos sanitarios.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de prescripciones farmacéuticas realizadas por prescripción electrónica x 100.

Denominador: nº total de prescripciones farmacéuticas realizadas por la Unidad.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital y registros de Farmacia.

**Estándar:** Igual o superior al 80%.



### Indicador 4.2.3.: Procedimientos de dispensación y administración de medicamentos y productos sanitarios

**Descripción:** Existencia de procedimientos de administración de medicamentos, para su administración precisa y segura en las áreas de urgencias y emergencias, que garanticen la seguridad del paciente.

**Justificación:** Garantizar a los pacientes el adecuado nivel de seguridad y eficacia en la prescripción, dispensación y administración de los medicamentos y productos sanitarios.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de procedimientos implementados.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Dirección del centro y UGC de Farmacia.

**Estándar:** Al menos un procedimiento implementado.

- 4.3.** Se desarrollan y aplican medidas de prevención de riesgos laborales y conservación medioambiental durante la actividad diaria, con el fin de evitar situaciones no deseables o perjudiciales.

### Indicador 4.3.1.: Plan de prevención de riesgos laborales

**Descripción:** Se diseña, aplica y evalúa anualmente el plan de riesgos laborales de cada área donde se desempeña la actividad urgente.

**Justificación:** La ley 31/1995, de 8 de noviembre, por la que se aprueba la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) define el marco normativo que tiene como objetivo evaluar y minimizar los riesgos que para la salud del trabajador pudiera ocasionar la actividad laboral. Posteriormente, la ley 54/2003, de 12 de diciembre, refuerza la obligación de integrar la prevención de riesgos en el sistema general de gestión de la empresa, a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existe Plan de Prevención de Riesgos (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** PPRL, documento que formaliza la política de prevención del centro y recoge la normativa, la reglamentación y los procedimientos operativos, definiendo los objetivos de la prevención y la asignación de responsabilidades y funciones a los distintos niveles jerárquicos de la empresa en lo que se refiere a la prevención de riesgos laborales.

**Fuente de datos:** Auditorías.

**Estándar:** 100%.

**4.4.** Se utilizan sistemas de identificación inequívoca del paciente que garanticen su seguridad.

#### Indicador 4.4.1.: Estrategia de Identificación Inequívoca de Pacientes

**Descripción:** Implantación global de la Estrategia de Identificación Inequívoca de Pacientes (EIP).

**Justificación:** La identificación de los pacientes comporta riesgos de los que pueden derivarse desde la formulación de diagnósticos erróneos, hasta la realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas y/o la administración de medicamentos o hemoderivados a pacientes equivocados. La utilización de métodos que aseguren la identificación inequívoca de los pacientes es clave para mejorar la seguridad en el proceso de atención sanitaria.

**Ámbito de aplicación:** Ámbito hospitalario y UVI móviles.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes identificados x 100.

Denominador: nº total de pacientes atendidos en un centro de urgencias del SSPA.

**Explicación de términos:** La identificación inequívoca del paciente es el conjunto de acciones encaminadas a identificar, de forma fidedigna, al paciente como la persona a la que va dirigido el tratamiento, los cuidados o el servicio y, a su vez, relacionar el tratamiento, los cuidados o el servicio con el paciente.

**Fuente de datos:** Gestoría de Usuarios, Observatorio de Seguridad.

**Estándar:** 100%.



#### 4.5. Se utilizan mecanismos para minimizar el riesgo de caídas.

##### Indicador 4.5.1.: Accidentes por caídas

**Descripción:** Caídas que pueden sufrir los pacientes durante su asistencia en el servicio de urgencias.

**Justificación:** Los accidentes que pueden sufrir los pacientes son causa reconocida de morbi-mortalidad añadida. Su detección permite que se planifiquen las medidas de prevención necesarias para evitar riesgos y eventos adversos en el proceso de atención de los pacientes.

**Ámbito de aplicación:** Todos.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes con caídas x 100.

Denominador: nº de pacientes atendidos en los servicios de urgencias.

**Explicación de términos:**

“Paciente con caída”: es aquel que sufre un traumatismo por precipitación (de la totalidad o parte de su cuerpo), desde un plano superior al del suelo sobre éste, en cualquier área de un Servicio de Urgencias o en sus dependencias (salas de espera, salas de Rx, etcétera).

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital. Registros específicos de caídas o de efectos adversos. Documentación y registros del Servicio de Urgencias.

**Estándar:** No disponible.



## ESTÁNDAR 5

Implantar, desarrollar y realizar el seguimiento de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) como elemento fundamental para la continuidad de la atención y satisfacción del ciudadano.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 5.1.** Se implantan y mejoran, de forma continua, los procesos asistenciales relacionados con la atención a las patologías críticas caracterizadas por la necesidad de un tiempo de respuesta precoz (dolor torácico, ataque cerebrovascular, atención al trauma grave, etcétera).

#### Indicador 5.1.1.: Implantación de los procesos asistenciales integrados "Atención al trauma grave", "Infarto agudo de miocardio", "Sepsis" y "Ataque cerebrovascular"

**Descripción:** Se adecuan los recursos del área o dispositivos de urgencias para asegurar la asistencia al trauma grave, infarto agudo de miocardio con elevación del ST y patología cerebrovascular aguda, conforme a los criterios impulsados desde los correspondientes procesos.

**Justificación:** La implantación de los PAIs debe mejorar la accesibilidad hasta alcanzar tiempos óptimos en pruebas diagnósticas y tratamientos de las patologías críticas que tienen su puerta de entrada a través del sistema de urgencias y emergencias, así como debe facilitar la continuidad asistencial y satisfacción del ciudadano.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de PAIs implantados x 100.

Denominador: nº de PAIs susceptibles de ser implantados.

**Explicación de términos:** PAI implantado es aquel proceso que tiene desarrollados indicadores de calidad, responsables asignados y resultados. Los PAIs obligatorios de ser implantados son: Ataque cerebrovascular, Atención al trauma grave e Infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del ST (dolor torácico).

**Fuente de datos:** Sistemas de información corporativos.

**Estándar:** 100%.



**5.2.** Se implantan y mejoran, de forma continua, los procesos asistenciales relacionados con la atención a las patologías susceptibles de tener su entrada por urgencias de forma específica (angina estable, arritmias, asma, diabetes, cefaleas, colecistitis, dolor abdominal, fractura de cadera, insuficiencia cardiaca, trastorno mental grave, tromboembolismo, etcétera).

**Indicador 5.2.1.: Implantación de los PAIs relacionados con patologías susceptibles de tener su puerta de entrada a través del sistema de urgencias y emergencias**

**Descripción:** Se implantan protocolos asistenciales para asegurar la asistencia de pacientes con procesos susceptibles de tener su puerta de entrada a través del sistema de urgencias y emergencias, conforme a los criterios impulsados desde los correspondientes procesos.

**Justificación:** La implantación de estos PAIs debe mejorar la accesibilidad de los pacientes afectados de estas patologías que suelen tener su puerta de entrada a través del sistema de urgencias y emergencias, así como debe facilitar la continuidad asistencial y satisfacción del ciudadano.

**Ámbito de aplicación:** Todos los ámbitos.

**Fórmula:**

Numerador: nº de PAIs implantados x 100.

Denominador: nº de PAIs susceptibles de ser implantados.

**Explicación de términos:** PAI implantado es aquel proceso que tiene desarrollados indicadores de calidad, responsables asignados y resultados. Los PAIs susceptibles de ser implantados son: Angina estable, Arritmias, Asma del adulto, Asma en la edad pediátrica, Cefaleas, Colelitiasis/colelititis, Diabetes mellitus tipos 1 y 2, Dolor abdominal, Dolor torácico genérico, Embarazo, parto y puerperio, Fiebre de duración intermedia, Fiebre en la infancia, Fractura de cadera en el anciano, Hemorragias uterinas anormales, Insuficiencia cardiaca, Otitis media, Sepsis grave, Síndrome aórtico agudo, Síndrome coronario agudo sin elevación de ST y Tromboembolismo pulmonar.

**Fuente de datos:** Protocolos de los Servicios y Dispositivos de Urgencias.

**Estándar:** Superior al 30%.

**5.3.** Se implantan y mejoran, de forma continua, los procesos asistenciales en los que la atención en urgencias y emergencias pueda influir en la resolución global del episodio (anemias, ansiedad, atención a pacientes pluripatológicos, cáncer, cuidados paliativos, dolor crónico, riesgo vascular, trasplante, etcétera).

**Indicador 5.3.1.: Implantación de los PAIs relacionados con patologías susceptibles de presentar episodios frecuentes de demanda de atención urgente o emergente**

**Descripción:** Se implantan protocolos asistenciales para asegurar la asistencia de pacientes con procesos susceptibles de presentar episodios frecuentes de demanda de atención urgente o emergente, conforme a los criterios impulsados desde los correspondientes procesos.

**Justificación:** La implantación de estos PAIs debe mejorar la atención de urgencias y emergencias de pacientes con estos cuadros clínicos, procurando establecer circuitos asistenciales que aseguren la continuidad asistencial y satisfacción del ciudadano.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Cualitativo: (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** PAI implantado es aquel proceso que tiene desarrollados indicadores de calidad, responsables asignados y resultados. Los PAIs susceptibles de ser implantados son: Anemias, Ansiedad, Depresión, Somatizaciones, Atención a pacientes pluripatológicos, Cáncer colorrectal, Cáncer de cérvix-cáncer de útero, Cáncer de pulmón, Cuidados paliativos, Dolor crónico no oncológico, Riesgo vascular, Trasplante cardiaco, Trasplante hepático y Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante.

**Fuente de datos:** Protocolos de los Servicios y Dispositivos de Urgencias.

**Estándar:** Al menos un proceso asistencial integrado.





**5.4.** Se tienen implantados los procedimientos y planes de cuidados para la atención a las patologías más prevalentes y de menor complejidad en urgencias (traumatismos leves, fiebre, lumbalgias, cólico nefrítico, etcétera).

**Indicador 5.4.1.:**

**Existen y se aplican los procedimientos y los cuidados establecidos en la atención a las patologías más prevalentes y de menor complejidad en urgencias**

**Descripción:** La Unidad tiene identificadas y listadas las patologías más prevalentes y de menor complejidad en urgencias y tiene disponibles los procedimientos de atención necesarios.

**Justificación:** La existencia e implantación de estos procedimientos y sus cuidados correspondientes garantizan una respuesta ágil, rápida y eficiente a estos pacientes ante su demanda asistencial, disminuyendo la variabilidad clínica en la respuesta y adecuando la oferta de servicios a las necesidades de los pacientes.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de procedimientos con cuidados existentes e implantados x 100.

Denominador: nº total de procesos menores más prevalentes atendidos en la casuística de la unidad.

**Explicación de términos:** Se consideran procesos más prevalentes a aquellos que son responsables del 80% de los ingresos en el área.

**Fuente de datos:** Protocolos de los Servicios y Dispositivos de Urgencias.

**Estándar:** Están disponibles, al menos, el 50% de los procedimientos de los procesos más prevalentes y de menor complejidad de la casuística de la Unidad.

**5.5.** Los profesionales y sus unidades participan en la implantación, desarrollo y mejora de los procesos asistenciales o de soporte y/o planes integrales, cumpliendo los criterios de calidad que inciden en el ámbito de la atención urgente (capacidad de resolución, tiempos de respuesta, coste-efectividad, prescripción farmacéutica, etcétera).

**Indicador 5.5.1.: Implicación de los profesionales en la implantación, desarrollo y mejora de los procesos asistenciales integrados**

**Descripción:** Existen profesionales implicados en los grupos de procesos.

**Justificación:** La disminución de la variabilidad en la práctica clínica y la calidad asistencial de las patologías urgentes exige a las Unidades de Urgencias implicar a los profesionales.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de procesos que tienen profesionales de urgencias incluidos en el desarrollo, implantación y mejora x 100.

Denominador: nº total de procesos implantados en el centro, relativos a patologías críticas o susceptibles de entrar por urgencias.

**Explicación de términos:** Grupos de profesionales implicados en el desarrollo, implantación y mejora de los PAIs. Los procesos a los que hace referencia este indicador son los definidos en los criterios 5.1 y 5.2.

**Fuente de datos:** Informe de la Dirección del centro.

**Estándar:** Igual o superior al 60%.





## ESTÁNDAR 6

Cumplir las recomendaciones vigentes del Comité Internacional de Enlace sobre la Reanimación (ILCOR) mediante la participación en los programas de aprendizaje y enseñanza de maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, así como las recomendaciones para el soporte vital al trauma grave.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 6.1.** Los profesionales de urgencias y emergencias reconocen cuándo tomar la decisión de iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar.

#### Indicador 6.1.1.: Planes de formación y reciclaje en RCP

**Descripción:** Existencia de planes de formación y reciclaje de los profesionales de urgencias y emergencias en las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCP), según los estándares del ILCOR revisados cada 5 años.

**Justificación:** La existencia de manuales revisados de actuación ante la parada cardiorrespiratoria implica la necesaria puesta al día de los profesionales que, presumiblemente, van a enfrentarse, en un mayor número de ocasiones, con estos problemas.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Cualitativo: existen planes de formación (SÍ/NO).

Numerador: nº de profesionales sanitarios con curso de RCP actualizado x 100.

Denominador: nº total de profesionales de la plantilla.

**Explicación de términos:** Los planes de formación precisan de la existencia de material adecuado para la realización de las prácticas y un número mínimo de instructores reconocidos por el Plan Nacional y/o la Agencia de Calidad o, en su defecto, acceso a cursos acreditados.

**Fuente de datos:** Base de datos de los departamentos de formación. Expedientes de los cursos.

**Estándar:** Igual o superior al 25% de personal sanitario.

6.2. Los profesionales de urgencias y emergencias conocen y realizan maniobras de soporte vital básico y de desfibrilación.

**Indicador 6.2.1.:**

**Profesionales con formación acreditada en Soporte Vital Básico y Desfibrilación**

**Descripción:** Número de profesionales del dispositivo de urgencias con formación acreditada en Soporte Vital Básico (SVB) y Desfibrilación.

**Justificación:** Tener formación acreditada según las recomendaciones del ILCOR, debe formar parte de las competencias obligatorias de todos los profesionales de urgencias.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales con formación acreditada.

Denominador: nº total de profesionales del dispositivo de urgencias.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Documentación UGC. Mapa de competencias.

**Estándar:** 100%.



- 6.3.** Los profesionales de urgencias y emergencias conocen y ponen en práctica las técnicas del soporte vital avanzado, adecuando la reanimación a situaciones especiales y aplicando cuidados post-resucitación.

#### Indicador 6.3.1.:

##### Profesionales con formación acreditada en Soporte Vital Avanzado

**Descripción:** Número de profesionales del dispositivo de urgencias con formación acreditada en Soporte Vital Avanzado (SVA).

**Justificación:** Tener formación acreditada según las recomendaciones del ILCOR, debe formar parte de las competencias obligatorias de todos los profesionales sanitarios de urgencias .

**Ámbito de aplicación:** Todos.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales con formación acreditada.

Denominador: nº total de profesionales del dispositivo de urgencias.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Documentación UGC. Mapa de competencias.

**Estándar:** Igual o superior al 80%.

#### Indicador 6.3.2.: Registro de PCR

**Descripción:** Todas las paradas cardiorespiratorias (PCR) atendidas son registradas en soporte papel y/o electrónico, según el estilo Utstein, incluyendo variables relacionadas con situaciones especiales y cuidados post-resucitación aplicados en el nivel asistencial correspondiente.

**Justificación:** La medida de tiempos de respuesta, tratamientos y cuidados post-resucitación aplicados sobre pacientes en PCR permite valorar la calidad de las mismas, los resultados en salud e implantar acciones de mejora en formación y/o estructura.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes en PCR registradas en la base ARIAM-PCR.

Denominador: nº total de pacientes en PCR.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Documentación clínica centro-UGC. Base ARIAM-PCR.

**Estándar:** Mayor de 90%.



**6.4.** Los profesionales de urgencias y emergencias participan en los programas de difusión de las maniobras de reanimación.

#### Indicador 6.4.1.: Programas de difusión de maniobras de RCP

**Descripción:** Existen programas de difusión de las maniobras básicas de RCP impartidos por los profesionales de los dispositivos de urgencias y emergencias destinados a la población en general, con especial énfasis en colectivos específicos como profesorado, clubs deportivos, residencias de la tercera edad, etcétera.

**Justificación:** La RCP constituye un conjunto de maniobras estandarizadas de desarrollo secuencial, aceptadas internacionalmente, cuyo objetivo es inicialmente sustituir la respiración y circulación espontáneas. Sólo si la RCP se empieza en los primeros minutos hay posibilidad de una recuperación sin secuelas neurológicas.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de programas de difusión de maniobras de RCP impartidos por los profesionales.  
Denominador: nº total de programas de difusión de maniobras de RCP.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Informe de la Dirección de la UGC.

**Estándar:** No establecido.

- 6.5.** Los profesionales de urgencias y emergencias conocen y realizan las maniobras de soporte vital avanzado al trauma grave.

#### Indicador 6.5.1.: Conocimiento de las maniobras de Soporte Vital Avanzado al trauma grave

**Descripción:** Los profesionales sanitarios que trabajan en los dispositivos de urgencias deben conocer y aplicar las maniobras de atención al trauma grave.

**Justificación:** El Soporte Vital Avanzado al Traumatismo (SVAT) es clave, ya que la mitad de los fallecimientos se producen en la primera hora. El personal sanitario del sistema de urgencias debe estar capacitado para asistir a pacientes con traumatismos de acuerdo a las actividades y características de calidad del proceso "trauma grave" y a los principios y estándares del Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS, Advanced Trauma Life Support).

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales que han superado la formación en SVAT.

Denominador: nº total de profesionales sanitarios que atienden directamente al trauma grave en el dispositivo.

**Explicación de términos:** SVAT: Soporte Vital Avanzado en Trauma.

**Fuente de datos:** Informes de la Dirección de la UGC, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

**Estándar:** Al menos el 90% de la plantilla del personal sanitario de la Unidad o Servicio que atiende al trauma grave, habrá recibido formación inicial en SVA y alguna actividad de formación continua o reciclaje en SVAT en los últimos 4 años.



- 6.6.** Los profesionales establecen y aplican los procedimientos y derechos previstos para el final de la vida, incluyendo los destinados al alivio del sufrimiento.

**Indicador 6.6.1.: Existen protocolos específicos para la ayuda a la toma de decisiones relacionadas con el soporte vital en la fase final de la vida**

**Descripción:** La Unidad tendrá instaurado un protocolo interno de garantía de muerte digna.

**Justificación:** Los centros e instituciones deben garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas y los deberes de los profesionales, recogidos en la ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Protocolo de Muerte Digna (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** En el protocolo deben constar, al menos, los derechos de las personas, los deberes de los profesionales, así como la garantía de que la Organización avalará el cumplimiento de estos Derechos y Deberes.

**Fuente de datos:** Auditoría o registros propios de la Unidad.

**Estándar:** Existe un Protocolo de Muerte Digna.

**Indicador 6.6.2.: Identificación de paciente terminal no RCP**

**Descripción:** Todo paciente debe tener registrado en su historia clínica la situación terminal, para garantizar el cuidado en los últimos momentos de la vida, habiéndose consensuado con la familia o con el mismo paciente la no indicación de RCP.

**Justificación:** La notificación de "situación terminal" debe estar detallada en la historia clínica de manera que se garantice la coordinación de las intervenciones multidisciplinares derivadas de este diagnóstico.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes que tienen registrado NO RCP en su historia clínica.

Denominador: nº total de la población en situación terminal.

**Explicación de términos:** La situación "terminal" se define por la presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica.

**Fuente de datos:** Historia clínica, Diraya.

**Estándar:** 100%.

## ESTÁNDAR 7

Garantizar la continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso de atención urgente y emergente que recibe el ciudadano en el SSPA.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

**7.1.** Se implantan, desarrollan y mejoran los Procesos Asistenciales referidos a la atención urgente y emergente, de modo que se llegue a acuerdos entre los diferentes niveles asistenciales.

#### Indicador 7.1.1.: Grupos de procesos interniveles

**Descripción:** Participación de todos los niveles y dispositivos de urgencias del área en todos los grupos de desarrollo e implantación y Grupos de Mejora de PAIs.

**Justificación:** La implantación de los PAIs se realiza mediante la metodología de procesos, para garantizar la continuidad durante todo el proceso urgente en cada momento de la actuación de los diferentes profesionales que en ella participan, para asegurar la asistencia a los PAIs referidos a la atención urgente y emergente.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de PAIs referidos a la atención urgente y/o emergente, con acuerdos interniveles.  
Denominador: nº de PAIs implantados.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Actas de las comisiones interniveles y grupos de procesos con acuerdos.

**Estándar:** No establecido.





- 7.2.** Se identifican y consensúan Planes de Cuidados Estandarizados compartidos, Protocolos de actuación y Guías de Práctica Clínica para aquellas patologías no contempladas en el Mapa de Procesos Asistenciales.

**Indicador 7.2.1.: Garantizar la continuidad de cuidados a los pacientes con enfermedad de Alzheimer y grandes dependientes, así como a sus cuidadores**

**Descripción:** La Unidad dispondrá de protocolos actualizados ante la atención al paciente con Alzheimer y grandes dependientes, donde se garantice la continuidad asistencial en todo el proceso de atención urgente y se promueva el conocimiento y uso de la Tarjeta + Cuidados.

**Justificación:** Los pacientes dependientes son personas con un alto grado de vulnerabilidad que requieren de una actuación mantenida de cuidados y donde el cuidador principal es la pieza clave para su cuidado y estabilidad.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existen protocolos de atención al paciente con Alzheimer y grandes dependientes (SÍ/NO).

**Explicación de términos:**

Tarjeta + Cuidados: tarjeta que identifica a las personas cuidadoras habituales de pacientes con Alzheimer y otras demencias y a personas cuidadoras habituales de pacientes con gran discapacidad (Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas).

**Fuente de datos:** Auditoría clínica.

**Estándar:** Protocolo de Atención al Paciente con Alzheimer.





**7.3.** Se potencia la continuidad asistencial prestada a los pacientes, apoyándose en los registros de la historia digital de salud, en los informes de derivación, en los informes de alta, etcétera.

#### Indicador 7.3.1.: Continuidad asistencial en pacientes vulnerables

**Descripción:** En la Unidad de Urgencias se emplea el programa de "Alta hospitalaria de pacientes frágiles" de Salud Responde.

**Justificación:** La alta prevalencia de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población dan lugar a un incremento de pacientes mayores y frágiles que requieren poner en marcha sistemas que garanticen la continuidad asistencial en estos grupos de mayor vulnerabilidad.

**Ámbito de aplicación:** Hospitalario.

**Fórmula:**

Numerador: nº de informes a Salud Responde de pacientes frágiles dados de alta en vísperas de festivos y festivos x 100.

Denominador: nº de pacientes frágiles dados de alta en vísperas de festivos y festivos.

**Explicación de términos:**

– "Salud Responde": coordina la asistencia de pacientes frágiles en el proceso de alta, para valorar y aportar intervenciones de continuidad asistencial. Se aplica para el seguimiento en vísperas de festivos, festivos y fines de semana.

– "Paciente frágil": paciente mayor de 65 años que presenta un Barthel <60 al alta, polimedicado o que requiere cuidados especiales al alta.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital. Salud Responde.

**Estándar:** 80%.

- 7.4.** Se establecen procedimientos para la transferencia de información entre los diferentes niveles, con el fin de garantizar una comunicación efectiva entre los profesionales y facilitar y asegurar la continuidad del proceso.

#### Indicador 7.4.1.:

##### Comunicación interniveles para transferencia de pacientes emergentes

**Descripción:** Se establecerán protocolos y medios (móviles) de comunicación entre niveles, para la comunicación de traslados de pacientes de forma telefónica, entre dispositivo y centro de referencia, para la preparación de los sistemas de acogida de patologías claves: ACV, Fibrinólisis, trauma mayor, IAM, EPOC con VMNI.

**Justificación:** La recepción de pacientes de niveles de prioridad I o II en un traslado ya avisado, facilita la toma de decisiones en la unidad de recepción, la planificación de la necesidad de medios para diagnóstico y la resolución de problemas.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes incluidos en protocolo con activación telefónica del sistema de transferencia.

Denominador: nº total de pacientes transferidos a la Unidad de Urgencias según protocolo.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital y control de llamadas.

**Estándar:** No establecido.

- 7.5.** Se establecen fórmulas de colaboración entre los distintos dispositivos asistenciales, potenciando la comunicación interniveles, la participación en comisiones, las sesiones de trabajo multidisciplinares, etcétera.

#### Indicador 7.5.1.: Colaboración interniveles

**Descripción:** Número de actas de reuniones con los distintos niveles asistenciales con los que se relaciona cada servicio de urgencias.

**Justificación:** Disponer de datos objetivos que indiquen el número de reuniones interniveles.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de actas de reuniones interniveles.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Auditoría.

**Estándar:** Al menos dos reuniones anuales interniveles.

- 7.6.** Existe un informe único de alta en el que se recoge la historia del episodio, el abordaje diagnóstico realizado y las necesidades terapéuticas, de cuidados, de seguimiento, derivación, etcétera.

#### Indicador 7.6.1.: Informe único asistencial correctamente cumplimentado

**Descripción:** La Unidad emite, en todas las asistencias, un informe asistencial correctamente cumplimentado, según se recoge en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

**Justificación:** El informe es una medida de la calidad de la asistencia, ya que es el registro de la información generada durante el acto asistencial, que permite la continuidad del proceso y la comunicación entre los diversos niveles asistenciales, además de constituir un documento de capital importancia desde el punto de vista legal.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

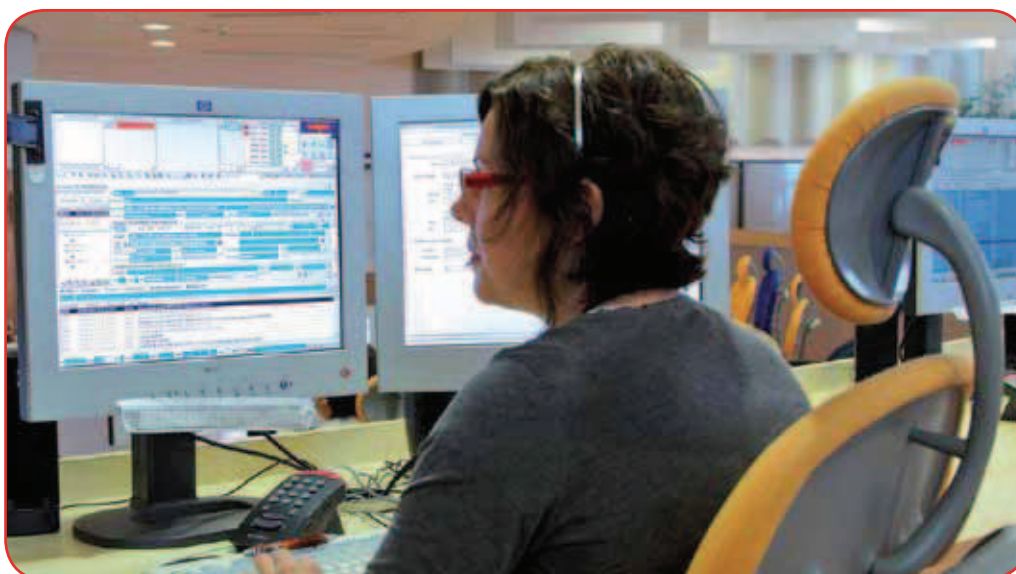
Numerador: nº de informes de asistencia correctos de los pacientes dados de alta/derivados.

Denominador: nº de pacientes atendidos.

**Explicación de términos:** El informe de asistencia correcta ha de incluir lo establecido en la normativa vigente. Sólo se considerará correcto el indicador cuando el informe cumpla todos los items establecidos.

**Fuente de datos:** Hojas del informe asistencial.

**Estándar:** 100%.



## ESTÁNDAR 8

Mantener la continuidad asistencial durante el traslado y derivación de los pacientes con las máximas garantías de seguridad.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

**8.1.** Se potencia la capacidad máxima de resolución finalista y, en su caso, se definen los criterios de derivación de pacientes a los siguientes niveles asistenciales.

#### Indicador 8.1.1.: Derivaciones al hospital desde los dispositivos extrahospitalarios, en función de niveles de prioridad

**Descripción:** Se cumplen los criterios de derivación que aseguren una tasa de derivación acorde a los estándares fijados, en función de los niveles de prioridad.

**Justificación:** Los dispositivos de urgencias deben asegurar una adecuada capacidad de resolución.

**Ámbito de aplicación:** Dispositivos extrahospitalarios.

**Fórmula:**

Numerador: nº de episodios de urgencias derivadas por niveles de prioridad x 100.

Denominador: nº de episodios de urgencias atendidas por niveles de prioridad.

**Explicación de términos:** El nivel de prioridad será determinado por el profesional sanitario que atiende al paciente en primer lugar.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** No establecido.

#### Indicador 8.1.2.: Ingreso hospitalario desde las urgencias de los SCCU

**Descripción:** Se implantan protocolos asistenciales para potenciar la capacidad de resolución finalista que asegure una tasa de ingreso hospitalario acorde a los estándares fijados.

**Justificación:** Las Unidades de Urgencias de los SCCU deben asegurar una adecuada capacidad de resolución.

**Ámbito de aplicación:** Urgencias de los SCCU.

**Fórmula:**

Numerador: nº de episodios de urgencias ingresadas x 100.

Denominador: nº de episodios de urgencias atendidas.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** No establecido.



**8.2.** Se aplican los criterios de transporte secundario de pacientes críticos en emergencias complejas, ajustándose a los tiempos de respuesta requeridos.

#### Indicador 8.2.1.:

##### Tiempo de respuesta del transporte secundario de pacientes críticos

**Descripción:** La activación y tiempo de respuesta del transporte secundario son factores críticos de éxito para asegurar la continuidad asistencial de aquellos pacientes urgentes que requieren procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, en centros diferentes a donde son inicialmente atendidos.

**Justificación:** Las urgencias o emergencias complejas requieren con frecuencia ser atendidas en hospitales de referencia, siendo necesario indicar un transporte secundario para asegurar la continuidad asistencial de los pacientes afectados con este tipo de patología. Los tiempos de respuesta en este contexto son factores críticos de éxito.

**Ámbito de aplicación:** Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias (CCUE) y hospitales, en su caso.

**Fórmula:** % de transporte secundario de pacientes críticos indicados, cuyo tiempo de respuesta se ajusta al estándar.

**Explicación de términos:** Tiempo de respuesta es el intervalo de tiempo desde la recepción de la solicitud de transporte secundario de pacientes críticos por el CCUE o el hospital, en su caso, hasta la recogida del paciente en el centro solicitante. Se excluyen los traslados programados de pacientes críticos.

**Fuente de datos:** SIEPES e información de los propios centros y/o unidades.

**Estándar:** 85% con un tiempo de respuesta menor de 120 minutos.

**8.3.** Se indica el transporte sanitario adecuado en base a la disponibilidad, analizando las repercusiones en el estado del paciente.

#### Indicador 8.3.1.: Adecuación del transporte secundario de pacientes críticos

**Descripción:** El tipo de transporte sanitario utilizado debe contemplar los siguientes aspectos: gravedad del paciente, distancia entre dispositivos o centros y disponibilidad de los vehículos. De entre todos los disponibles se debe emplear el que garantice la máxima seguridad del paciente durante el traslado, teniendo en cuenta que hay que asegurar la accesibilidad a estos mismos medios a potenciales pacientes.

**Justificación:** El uso de los medios de transporte sanitario se debe regir por el principio de equidad, de tal forma que se garantice la seguridad tanto del paciente actual como del potencial. Su utilización indiscriminada, sin atender a criterios de gravedad y disponibilidad, puede poner en riesgo a los pacientes, al encontrarse no operativos (ocupados) en el momento en que lo necesiten.

**Ámbito de aplicación:** Hospitales.

**Fórmula:**

Numerador: nº de transportes secundarios de pacientes críticos adecuados a los criterios definidos.

Denominador: nº total de transportes secundarios de pacientes críticos realizados.

**Explicación de términos:**

Transporte secundario de pacientes críticos adecuado: es aquél que se ajusta a los criterios del Protocolo de Transporte Secundario de Enfermos Críticos recogido en "Traslado de Enfermos Críticos: Protocolos de Transporte Secundario y Primario. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud", e implantado en cada hospital.

**Fuente de datos:** Centro Coordinador de EPES.

**Estándar:** 100%.



### Indicador 8.3.2.: Adecuación del transporte urgente

**Descripción:** El tipo de transporte sanitario utilizado debe contemplar los siguientes aspectos: gravedad del paciente, distancia entre dispositivos o centros y disponibilidad de los vehículos. De entre todos los disponibles se debe emplear el que garantice la máxima seguridad del paciente durante el traslado, teniendo en cuenta que hay que asegurar la accesibilidad a estos mismos medios a potenciales pacientes.

**Justificación:** El uso de los medios de transporte sanitario se debe regir por el principio de equidad, de tal forma que se garantice la seguridad tanto del paciente actual como del potencial. Su utilización indiscriminada, sin atender a criterios de gravedad y disponibilidad, puede poner en riesgo a los pacientes, al encontrarse no operativos (ocupados) en el momento en que lo necesiten.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de transportes adecuados.

Denominador: nº total de transportes realizados.

**Explicación de términos:**

Transporte urgente adecuado: es aquel que cumple los criterios definidos (actualmente en proceso de definición).

**Fuente de datos:** Centro Coordinador 061.

**Estándar:** 100%.

### 8.4. Existe registro de la transferencia realizada a otro nivel, unidad o dispositivo asistencial.

#### Indicador 8.4.1.: Registro de la transferencia del paciente

**Descripción:** En la transferencia de un paciente es imprescindible la comunicación y registro de una información completa, veraz y efectiva, en el que se recojan los elementos fundamentales relacionados con la situación del paciente.

**Justificación:** La transferencia de un paciente de un equipo asistencial a otro es un momento de especial riesgo. La protocolización por escrito, en forma de listado de comprobación, ayuda al equipo emisor en la transmisión de la información relevante y al equipo receptor a asumir la responsabilidad de su cuidado con el máximo nivel de seguridad posible.

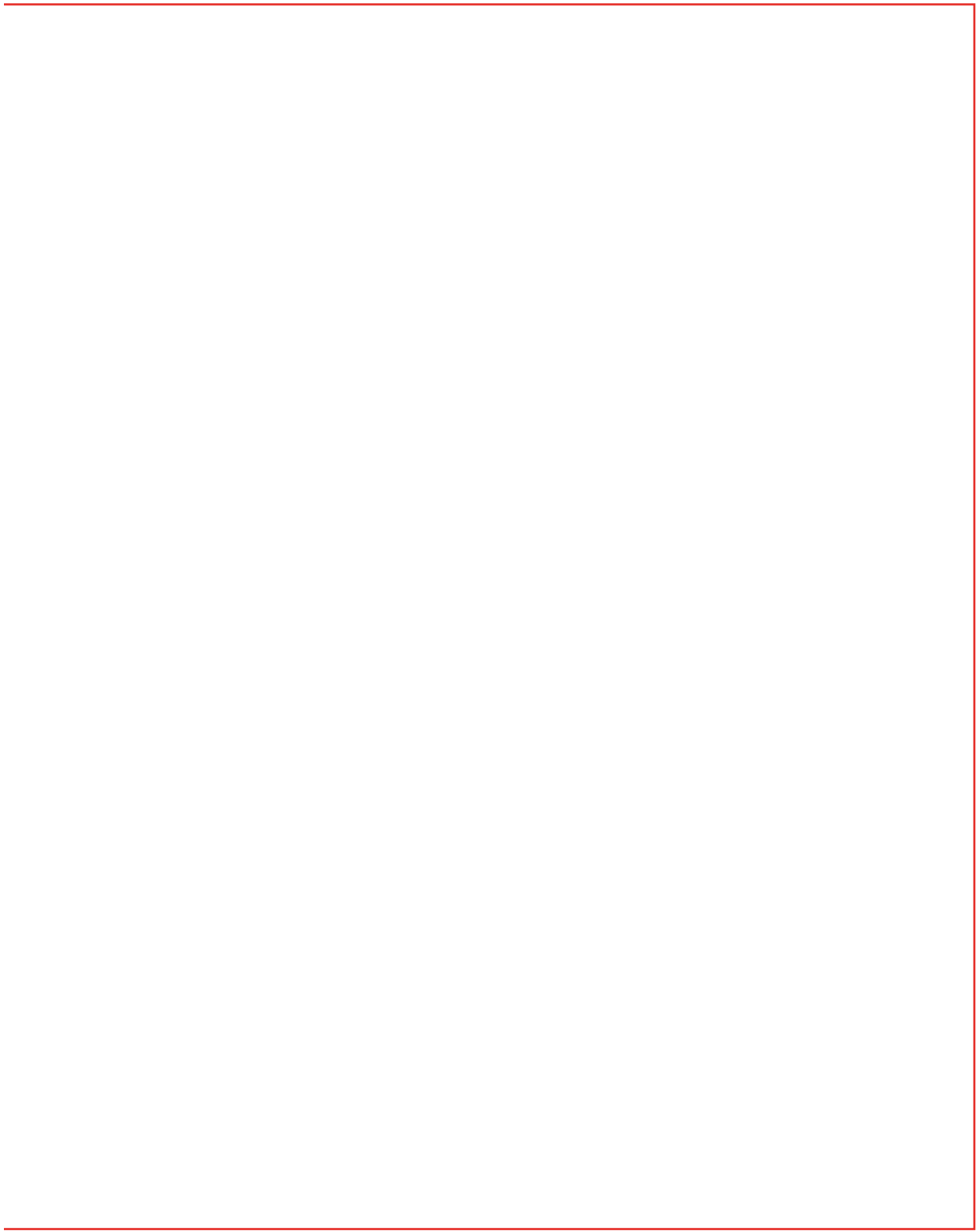
**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existe registro de transferencia (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** No procede.

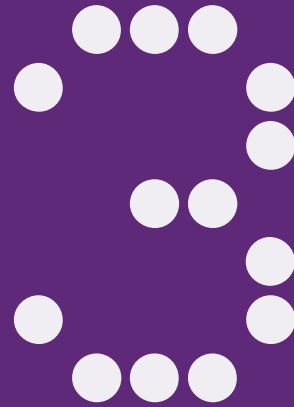
**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** 100%.





# Bloque



## El Profesional

El concepto de “Sociedad del Conocimiento” hace referencia a un nuevo sistema económico y social basado en el acceso y uso universal de la información, en el que el conocimiento es el eje fundamental al que se generaliza su acceso mediante el uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

La generación y gestión del conocimiento en el ámbito sanitario, supone el conjunto de procesos y sistemas que permiten que el capital intelectual del Sistema Sanitario Público Andaluz aumente de forma significativa, con el objetivo final de generar procesos asistenciales eficientes y sostenidos en el tiempo, a través de:

- La Formación Continuada: permite establecer estrategias de cambio dirigidas hacia la mejora de la práctica clínica, de forma continua durante todo el ejercicio profesional, ampliando y adaptando las competencias de los profesionales a los avances científicos y a las necesidades de atención.
- La Documentación Científica y los Sistemas de Información: dan una atención urgente de calidad, segura y efectiva, las decisiones clínicas deben tomarse teniendo en cuenta el mejor conocimiento posible, fomentando la visión crítica de los profesionales, facilitando el acceso a las fuentes de información y bases de datos de literatura científica, proporcionando instrumentos para la lectura crítica de artículos científicos y promoviendo la búsqueda de conocimiento en fuentes documentales. En definitiva, la atención urgente debe estar basada

en elementos rigurosos que fomenten en los profesionales una práctica clínica fundamentada en la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia.

- La Investigación: el desarrollo de una cultura investigadora en los profesionales permite determinar más exhaustivamente las necesidades de atención de la población, de manera que los resultados obtenidos redunden directamente en un aumento de la calidad de la atención prestada.
- La Innovación: de la mano de la investigación, la incorporación de nuevas tecnologías, tanto en el campo de las telecomunicaciones como de instrumentación, se hace primordial en el área de la atención urgente y emergente a los ciudadanos. Son múltiples los sistemas que contribuyen a facilitar que el encuentro entre ciudadanos y profesionales se produzca desde sistemas altamente complejos y específicos, como los basados en la telemedicina, hasta sistemas muy extendidos y comunes, desarrollados para otros entornos no sanitarios, que también en salud han encontrado su adaptación, como por ejemplo la utilización de sistemas GPS para la flota de ambulancias.

Por todo ello, la generación, transferencia y aplicación del conocimiento es uno de los ejes estratégicos del SSPA y constituye un soporte determinante para las políticas de transformación del sistema junto con la innovación como elemento anticipatorio de las necesidades de los ciudadanos. Todo ello hace que este bloque de estándares e indicadores de atención a las urgencias sea un pilar fundamental en este documento marco.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha establecido un Modelo de Acreditación, propio y singular, como un elemento clave de las estrategias de mejora de la calidad, así como de reconocimiento y evaluación de sus profesionales, sus centros, su actividad y su formación, desarrollado a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, entidad certificadora del Sistema de Acreditación para el Sistema Sanitario Público Andaluz. Estos programas de acreditación promueven, entre otros, el análisis y evaluación de sus profesionales y de su formación, así como el reconocimiento a la mejora continua de la calidad de los mismos.

## ESTÁNDAR 9

Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de sus UGCs, corresponsabilizándose de la gestión de la propia práctica clínica, desarrollando una atención sanitaria coordinada, integral, permanente y continuada y con base en el trabajo en equipo.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 9.1.** En la práctica asistencial diaria se articulan y se da respuesta, de forma eficaz, a los Planes, Estrategias y Políticas de la Consejería de Salud, mediante el desarrollo de los Contratos Programa y Acuerdos de Gestión Clínica.

#### Indicador 9.1.1.:

Grado de consecución de los objetivos pactados en los acuerdos de gestión

**Descripción:** Evaluación de los objetivos e indicadores pactados en el Acuerdo de Gestión de la Unidad con la Dirección del Centro.

**Justificación:** La Gestión Clínica representa un modelo organizativo innovador necesario en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos, partiendo de la autonomía y corresponsabilidad de los profesionales en la gestión.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Suma de los valores obtenidos en cada objetivo pactado en los Acuerdos de Gestión / 100.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Cuadro de mando y memoria anual.

**Estándar:** Igual o superior al 80%.





**9.2.** Se proporciona a los profesionales herramientas adecuadas que promuevan su autonomía para el ejercicio de sus funciones, incentiven su participación en la organización e incrementen la motivación mediante el reconocimiento a su desempeño y la promoción del desarrollo profesional.

#### Indicador 9.2.1.: Plan de formación adecuada a competencias<sup>(\*)</sup>

**Descripción:** Se describen y planifican itinerarios formativos (plan de formación individualizado) dirigidos a asegurar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para lograr las competencias profesionales requeridas en el puesto de trabajo.

**Justificación:** Los profesionales son el elemento clave para el funcionamiento del Sistema Sanitario. Para asegurar la calidad de los servicios sanitarios prestados a los ciudadanos es fundamental que los profesionales que brindan estos servicios posean las competencias necesarias para el desarrollo de buenas prácticas en el desempeño de su trabajo.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales de la UGC que participan en el Plan de formación x 100.  
Denominador: nº de profesionales de la UGC.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Memoria UGC y Dirección del centro.

**Estándar:** Igual o superior al 85%.

(\*) Da respuesta igualmente a los indicadores 10.2.1. y 10.4.1.



**Indicador 9.2.2.:**  
**Promoción de la acreditación de las competencias profesionales<sup>(\*)</sup>**

**Descripción:** Promover la incorporación de los profesionales de la Unidad al Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la ACSA.

**Justificación:** El desarrollo de la carrera profesional es un elemento motivador fundamental para los profesionales ya que supone mayores ingresos, el reconocimiento de su desempeño, la posibilidad de un desarrollo profesional y la sensación de justicia y equidad. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, identifica la carrera profesional como “un derecho de los profesionales a progresar” (art. 41). El modelo de desarrollo y carrera profesional del Servicio Andaluz de Salud está basado, entre otros elementos, en la Acreditación y/o evaluación de las Competencias Profesionales, como requisito de acceso a la carrera profesional y para progresar en sus distintos niveles.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales acreditados o en proceso de acreditación.

Denominador: nº total de profesionales sanitarios de la Unidad.

**Explicación de términos:** El Decreto 18/2007, de 23 de enero, regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**Fuente de datos:** Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y Dirección de la Unidad/Centro.

**Estándar:** Igual o superior al 15%.

(\*) Da respuesta igualmente al indicador 10.5.1.

**9.3.** Se potencia el trabajo multidisciplinar y la colaboración entre todos los profesionales implicados en la atención urgente y emergente, de modo que se logre la óptima cooperación y se alcancen los objetivos asistenciales comunes.

**Indicador 9.3.1.: Implicación de los profesionales en el trabajo en equipo, la colaboración multidisciplinar y la cooperación interniveles**

**Descripción:** Los profesionales promueven el trabajo en equipo y la colaboración multidisciplinar a través de la participación en comités, grupos de trabajo, comisiones, grupos de mejora interniveles, etcétera, cuyo objetivo sea la cooperación entre profesionales para la mejora continua de la atención sanitaria.

**Justificación:** La disminución de la variabilidad en la práctica clínica y la continuidad de cuidados, exige a los centros sanitarios ordenar actuaciones que son realizadas en espacios y tiempos distintos y por profesionales diferentes, abordando la prestación de servicios de forma horizontal.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales de la UGC implicados en grupos de trabajo interniveles y/o multidisciplinarios.

Denominador: nº total de profesionales de la UGC.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Informe de la dirección de la UGC y Actas de reuniones.

**Estándar:** Superior o igual al 10%.



**9.4.** Se articulan los medios necesarios para que los profesionales de urgencias y emergencias conozcan los principales resultados asistenciales y económicos derivados de su actividad y los analicen periódicamente para seguir mejorándolos.

**Indicador 9.4.1.: Los profesionales conocen los resultados económicos y asistenciales de su Unidad**

**Descripción:** Los responsables de la Unidad comunican a sus profesionales los resultados alcanzados desde el punto de vista asistencial y económico.

**Justificación:** El conocimiento de los resultados obtenidos en la Unidad incrementa la implicación de los profesionales en el logro de objetivos y en la mejora continua.

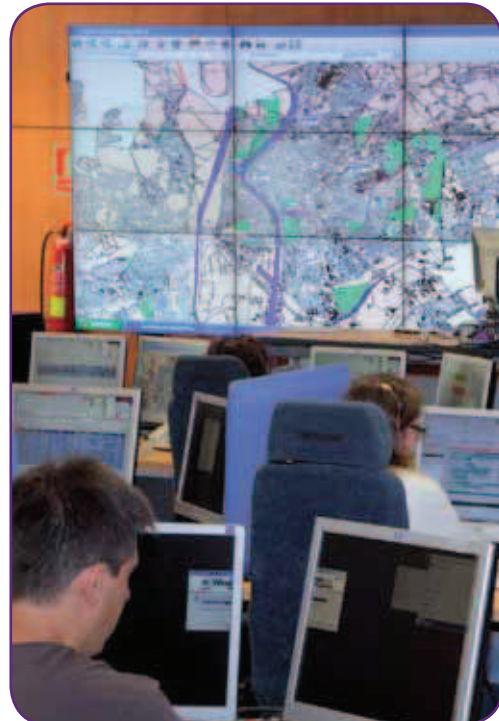
**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de reuniones informativas de la Dirección con los profesionales para informarles de los resultados de la Unidad.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Auditorías de cada Servicio de Urgencias.

**Estándar:** Al menos dos reuniones informativas al año.



## ESTÁNDAR 10

Poseer y mantener, a lo largo del tiempo, las competencias adecuadas para la toma de decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas en el ámbito de la atención urgente.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 10.1.** Los profesionales identifican la gravedad de los pacientes atendidos garantizando la mejor asistencia posible en función de su situación clínica, las circunstancias de atención, los procedimientos establecidos y los medios disponibles.

#### Indicador 10.1.1.: Sistema de clasificación de pacientes<sup>(\*)</sup>

**Descripción:** Existe un sistema de clasificación de pacientes que permite discernir la gravedad o potencial gravedad de un proceso mediante criterios validados que permiten asignar circuitos, recursos materiales y humanos en los servicios de urgencias y emergencias.

**Justificación:** Utilización de un sistema validado para la racionalización de los recursos en la atención urgente que permita la toma de decisiones rápidas, analizando los síntomas que presenta el paciente en el momento de su toma de contacto con los profesionales sanitarios encargados de su valoración.

**Ámbito de aplicación:** Puntos fijos de urgencias de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

**Fórmula:**

Numerador: nº de enfermos clasificados x 100.

Denominador: nº de enfermos atendidos en urgencias.

**Explicación de términos:** El sistema de clasificación y sus diferentes niveles deben estar integrados en la Historia Digital en aquellos dispositivos en los que no esté disponible o no proceda.

**Fuente de datos:** MTI (para Historia Digital) o sistema de información corporativo de la historia clínica.

**Estándar:** Igual o superior al 80%.

(\*) Da respuesta igualmente al indicador 11.5.1.



### Indicador 10.1.2.: Cumplimiento de protocolos, procedimientos, guías de práctica clínica y planes de cuidados<sup>(\*)</sup>

**Descripción:** Los profesionales aplican en su práctica diaria la evidencia científica disponible para la toma de decisiones, tanto diagnósticas como terapéuticas, en su ámbito de trabajo, cuyos criterios de calidad están definidos en los protocolos, procedimientos, GPC y planes de cuidados de la Unidad.

**Justificación:** El desarrollo de protocolos, procedimientos, etcétera, basados en la evidencia y el conocimiento científico disponible y consensado con los profesionales, constituyen una herramienta fundamental para el mantenimiento y la mejora de la calidad de los servicios de urgencias y emergencias.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de indicadores incluidos en los protocolos, procedimientos, planes de cuidados y GPCs que se cumplen x 100.

Denominador: nº de indicadores incluidos en los protocolos, etcétera.

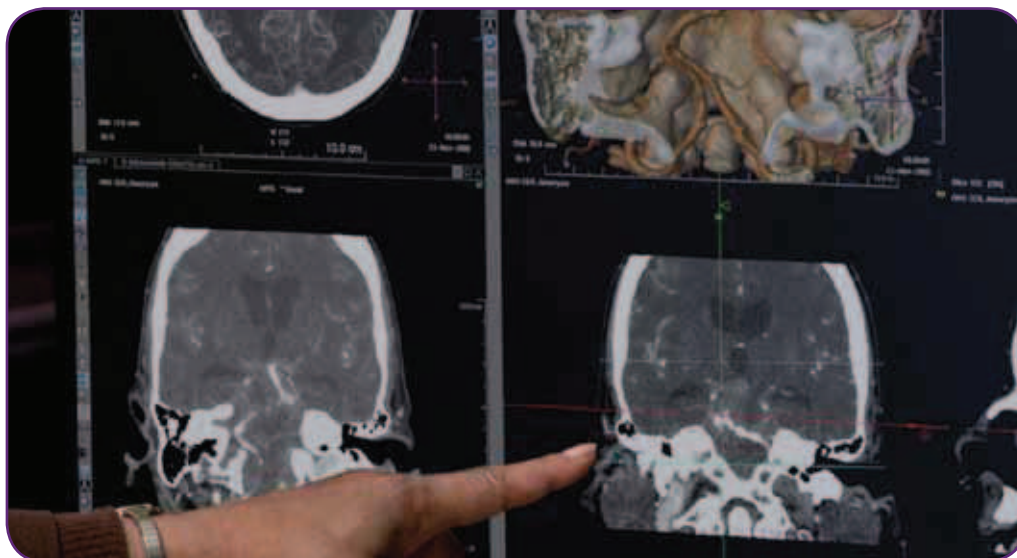
**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Cuadro de mando/sistemas de información de la Unidad.

**Estándar:** Igual o superior al 80%.

(\*) Da respuesta igualmente al indicador 11.4.1.





- 10.2.** Se favorece la adquisición de las competencias necesarias para prestar a los usuarios una atención de calidad en aquellos aspectos relacionados con la atención urgente, proporcionando una asistencia basada en el conocimiento científico actualizado.

#### Indicador 10.2.1.: Plan de formación adecuado a competencias<sup>(\*)</sup>

**Descripción:** Se describen y planifican itinerarios formativos (plan de formación individualizado) dirigidos a asegurar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para lograr las competencias profesionales requeridas en el puesto de trabajo.

**Justificación:** Los profesionales son el elemento clave para el funcionamiento del Sistema Sanitario. Para asegurar la calidad de los servicios sanitarios prestados a los ciudadanos es fundamental que los profesionales que brindan estos servicios posean las competencias necesarias para el desarrollo de buenas prácticas en el desempeño de su trabajo.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales de la UGC que participan en el Plan de formación x 100.

Denominador: nº de profesionales de la UGC.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Memoria UGC y Dirección del centro.

**Estándar:** Igual o superior al 85%.

(\*) Da respuesta igualmente a los indicadores 9.2.1. y 10.4.1.

- 10.3.** Se realiza una evaluación clínica correcta, con un uso adecuado de los estudios complementarios, con el fin de llegar a un juicio clínico razonado y unas recomendaciones terapéuticas pertinentes.

#### Indicador 10.3.1.: Readmisiones en 72 horas

**Descripción:** Pacientes que, habiendo sido atendidos y dados de alta de la Unidad, vuelven a consultar en el plazo de 72 horas por el mismo motivo.

**Justificación:** Posibilidad de detectar a los pacientes a los que no se ha realizado una evaluación clínica correcta o que han presentado complicaciones.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes que son readmitidos, por el mismo motivo, en la Unidad en un plazo de 72 horas x 100.

Denominador: nº de pacientes atendidos en la Unidad.

**Explicación de términos:** El término “por el mismo motivo” hace referencia al diagnóstico al alta especificado en la historia de salud del paciente.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** Inferior al 25%. Se excluyen las readmisiones por trabajo de parto.

#### Indicador 10.3.2.: Readmisiones con ingreso en 72 horas

**Descripción:** Paciente readmitido en la Unidad y que requiere ingreso, habiendo sido atendido previamente en un plazo anterior de 72 horas.

**Justificación:** Se detectan pacientes en los cuales no se ha realizado una valoración o un tratamiento adecuado o bien han presentado complicaciones.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de readmisiones ingresadas x 100.

Denominador: nº de readmisiones.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Sistema de información del centro.

**Estándar:** Inferior al 25%. Se excluyen las readmisiones por trabajo de parto.

### Indicador 10.3.3.: Solicitud de pruebas complementarias ajustadas a protocolo

**Descripción:** Estudios complementarios realizados al paciente según lo indicado en el protocolo correspondiente.

**Justificación:** En el proceso de atención al paciente se requiere la realización de un mínimo de exploraciones complementarias de cara a efectuar una adecuada valoración de la situación del paciente.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de pacientes con solicitud mínima de pruebas complementarias establecidas en el protocolo x 100.

Denominador: nº de pacientes incluidos en protocolo.

**Explicación de términos:** El protocolo debe definir las pruebas complementarias mínimas que se consideren necesarias para llegar a un juicio clínico razonado. El indicador sólo se considerará correcto cuando cumpla todas las pruebas complementarias definidas.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** Igual o superior al 95%.

### Indicador 10.3.4.: Concordancia diagnóstica

**Descripción:** Grado de correlación entre el diagnóstico inicial y el alta hospitalaria.

**Justificación:** Un error en el diagnóstico puede comportar consecuencias graves para el enfermo, siendo necesario que el diagnóstico en el alta de urgencias sea lo más preciso posible.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Tasa de pacientes con un mismo diagnóstico inicial y al alta.

**Explicación de términos:**

- Diagnóstico inicial: diagnóstico hecho en urgencias y motivo por el cual se ingresa al paciente.
- Diagnóstico en el alta: diagnóstico definitivo de la causa que motivó la consulta en urgencias, excluyendo complicaciones posteriores.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** No establecido. Se recomienda el 80%.

**10.4.** Los profesionales desempeñan su actividad con actitudes que promueven el trabajo en equipo, la resolución adecuada de conflictos, la comunicación y el desarrollo de otras habilidades relacionales.

#### Indicador 10.4.1.: Plan de formación adecuado a competencias<sup>(\*)</sup>

**Descripción:** Se describen y planifican itinerarios formativos (plan de formación individualizado) dirigidos a asegurar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para lograr las competencias profesionales requeridas en el puesto de trabajo.

**Justificación:** Los profesionales son el elemento clave para el funcionamiento del Sistema Sanitario. Para asegurar la calidad de los servicios sanitarios prestados a los ciudadanos es fundamental que los profesionales que brindan estos servicios posean las competencias necesarias para el desarrollo de buenas prácticas en el desempeño de su trabajo.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales de la UGC que participan en el Plan de formación x 100.

Denominador: nº de profesionales de la UGC.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Memoria UGC y Dirección del centro.

**Estándar:** Igual o superior al 85%.

(\*) Da respuesta igualmente a los indicadores 9.2.1. y 10.2.1.

#### Indicador 10.4.2.: Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales

**Descripción:** Los profesionales se orientan a la consecución de objetivos comunes estableciendo fórmulas de colaboración y compartiendo información.

**Justificación:** El profesional debe mantener la cooperación necesaria con otros profesionales de su equipo y de otros equipos asistenciales para la consecución de objetivos asistenciales comunes, favoreciendo el desarrollo profesional de sus compañeros y el suyo propio.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Pertenencia a grupos de trabajo en su propia unidad o interniveles.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Documento acreditativo de pertenencia a grupos de trabajo.

**Estándar:** Pertenencia al menos a un grupo de trabajo en los últimos 24 meses.

**10.5.** Se fomenta la autoevaluación (audit clínico), acreditación y certificación de la competencia profesional.

**Indicador 10.5.1.:  
Promoción de la acreditación de las competencias profesionales<sup>(\*)</sup>**

**Descripción:** Promover la incorporación de los profesionales de la unidad al Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de la ACSA.

**Justificación:** El desarrollo de la carrera profesional es un elemento motivador fundamental para los profesionales ya que supone mayores ingresos, el reconocimiento de su desempeño, la posibilidad de un desarrollo profesional y la sensación de justicia y equidad. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud identifica la carrera profesional como “un derecho de los profesionales a progresar” (art. 41). El modelo de desarrollo y carrera profesional del Servicio Andaluz de Salud está basado, entre otros elementos, en la Acreditación y/o evaluación de las competencias profesionales como requisito de acceso a la carrera profesional y para progresar en los distintos niveles de Carrera.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales acreditados o en proceso de acreditación.

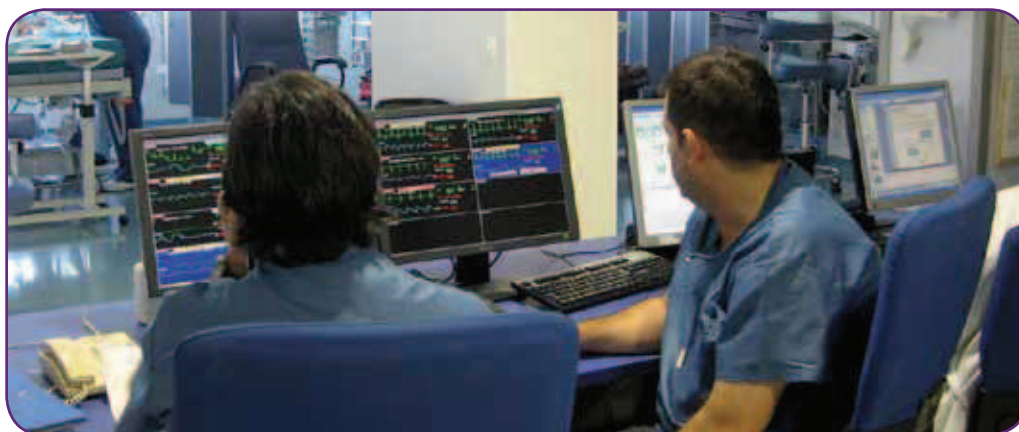
Denominador: nº total de profesionales sanitarios de la unidad.

**Explicación de términos:** El Decreto 18/2007, de 23 de enero, regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**Fuente de datos:** Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y Dirección de la Unidad/Centro.

**Estándar:** Igual o superior al 15%.

(\*) Da respuesta igualmente al indicador 9.2.2.



## ESTÁNDAR 11

Basar la atención sanitaria en el cumplimiento de procesos, procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica, de modo que las intervenciones estén fundamentadas en el conocimiento científico disponible.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

**11.1.** Se promueve la obtención de conocimiento y su visión crítica por parte de los profesionales, facilitando los medios que contribuyen a disminuir la variabilidad en la práctica clínica (acceso a bibliotecas electrónicas, motores de búsqueda, guías de práctica clínica, protocolos de actuación, etcétera).

#### Indicador 11.1.1.:

##### Acceso a bases de datos (atención sanitaria basada en la evidencia)

**Descripción:** Poner a disposición de los profesionales recursos necesarios para acceder a una base de datos donde localizar las mejores evidencias (bases de datos bibliográficas, revistas científicas, literatura secundaria o terciaria, guías de práctica clínica, etcétera).

**Justificación:** Para conseguir que el conocimiento científico se integre en la práctica clínica y en la organización de los servicios sanitarios es necesario obtener la mejor evidencia disponible. El uso de la informática permite una mejor difusión de estos conocimientos.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Disponer de recursos informáticos accesibles a los profesionales, con acceso a bases de datos (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** Los recursos informáticos deben facilitar el acceso de los profesionales al menos a las bases de datos más relevantes disponibles de MBE.

**Fuente de datos:** Auditorías de cada Servicio de Urgencias.

**Estándar:** Se dispone de, al menos, un recurso informático para acceder a bases de datos.

**11.2.** Se realizan prácticas clínicas que valoran el impacto social y económico en los distintos niveles asistenciales de la atención a las urgencias y emergencias, aplicando y reevaluando los criterios de indicación de las pruebas diagnósticas.

**Indicador 11.2.1.:****Pertinencia de las pruebas complementarias solicitadas por la unidad**

**Descripción:** Existe un análisis sistemático de la pertinencia de las pruebas complementarias solicitadas por la Unidad (determinaciones analíticas y de imagen).

**Justificación:** El análisis de la pertinencia de solicitud de pruebas diagnósticas permite conocer los resultados de la Unidad desde el punto de vista de la eficiencia para conocer y evaluar los costes de cada Unidad, hacer su seguimiento y compararlos con otras Unidades del mismo ámbito.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Se realiza un análisis de la pertinencia, con carácter sistemático (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Informes de la dirección de la Unidad.

**Estándar:** No establecido.

- 11.3.** En la adaptación de los procesos se incorporan indicadores de calidad (capacidad de resolución, tiempos de respuesta, coste-efectividad, prescripción farmacéutica, etcétera), que permiten la detección y corrección precoz de sus desviaciones.

**Indicador 11.3.1.:****Incorporación de indicadores de calidad con seguimiento sistemático**

**Descripción:** Se incorporan indicadores de calidad que se monitorizan periódicamente.

**Justificación:** La evaluación de los procesos requiere la existencia de estándares e indicadores que permitan medir el nivel de calidad de cada uno de ellos, así como el seguimientos periódico y sistemático de los mismos.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de indicadores de calidad con monitorización sistemática.

**Explicación de términos:** En los indicadores de calidad en urgencias y emergencias deben estar incluidos, al menos, los tiempos de respuesta, la capacidad de resolución, el grado de cumplimentación de la Historia clínica, la codificación diagnóstica, los reingresos, la mortalidad y los acontecimientos centinela.

**Fuente de datos:** Dirección de la Unidad/Centro.

**Estándar:** No establecido.



- 11.4.** Se aplican las bases de la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia, la epidemiología clínica y/o los estándares de calidad internacionales a la práctica diaria, con el fin de reducir la incertidumbre en la toma de decisiones y mejorar la práctica asistencial.

**Indicador 11.4.1.: Cumplimiento de protocolos, procedimientos, guías de práctica clínica y planes de cuidados<sup>(\*)</sup>**

**Descripción:** Los profesionales aplican en su práctica diaria la evidencia científica disponible para la toma de decisiones, tanto diagnósticas como terapéuticas, en su ámbito de trabajo, cuyos criterios de calidad están definidos en los protocolos, procedimientos, GPC y planes de cuidados de la unidad.

**Justificación:** El desarrollo de protocolos, procedimientos, etcétera, basados en la evidencia y el conocimiento científico disponible, y consensuado con los profesionales, constituyen una herramienta fundamental para el mantenimiento y la mejora de la calidad de los servicios de urgencias y emergencias.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de indicadores incluidos en los protocolos, procedimientos, planes de cuidados y GPCs que se cumplen x 100.

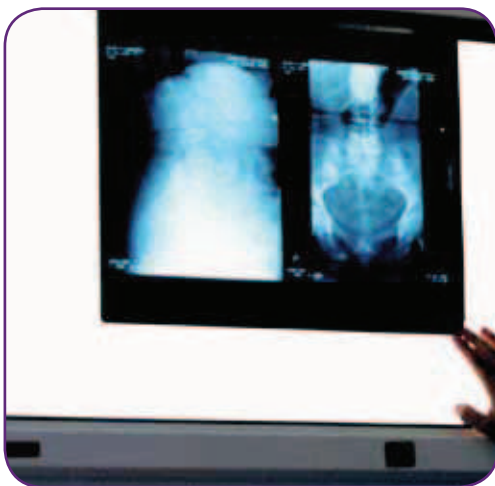
Denominador: nº de indicadores incluidos en los protocolos, etcétera.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Cuadro de mando/sistemas de información de la Unidad.

**Estándar:** Igual o superior al 80%.

(\*) Da respuesta igualmente al indicador 10.1.2.





**11.5.** Se aplica el modelo estandarizado corporativo de clasificación (triage).

#### Indicador 11.5.1.: Sistema de clasificación de pacientes

**Descripción:** Existe un sistema de clasificación de pacientes que permite discernir la gravedad o potencial gravedad de un proceso mediante criterios validados que permitan asignar circuitos, recursos materiales y humanos en los servicios de urgencias y emergencias.

**Justificación:** Utilización de un sistema validado para la racionalización de los recursos en la atención urgente que permita la toma de decisiones rápidas, analizando los síntomas que presenta el paciente en el momento de su toma de contacto con los profesionales sanitarios, encargados de su valoración.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de enfermos clasificados x 100.

Denominador: nº de enfermos atendidos.

**Explicación de términos:** El sistema de clasificación y sus diferentes niveles deben estar integrados en la Historia Digital en aquellos dispositivos en los que no esté disponible o no proceda.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital, MTI u otros sistemas de información corporativos de la historia clínica.

**Estándar:** Igual o superior al 80%.

(\*) Da respuesta igualmente al indicador 10.1.1.

## ESTÁNDAR 12

Mantener e incrementar, de forma continua, la adquisición e intercambio de conocimiento, de manera que revierta en una práctica asistencial basada en la mejor evidencia disponible.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

**12.1.** Se potencia la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades orientadas al desarrollo de competencias en el ámbito de la atención urgente y emergente para su aplicación en la práctica clínica diaria, incluidos los aspectos de la Bioética.

#### Indicador 12.1.1.: Sesiones multidisciplinarias

**Descripción:** Las sesiones clínicas multidisciplinarias son un elemento fundamental en la transferencia de conocimiento para la mejora de la atención urgente y emergente.

**Justificación:** El intercambio de conocimiento y experiencia entre profesionales de diferentes disciplinas y colectivos mejora la práctica clínica.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de sesiones multidisciplinarias.

**Explicación de términos:** Sesiones: reuniones programadas cuyo contenido está orientado a la atención sanitaria coordinada y con base en el trabajo en equipo.

**Fuente de datos:** Memoria de la UGC.

**Estándar:** No establecido.





**12.2.** Se adquieren conocimientos y habilidades en la respuesta sanitaria a las emergencias colectivas.

**Indicador 12.2.1.: Plan de Atención a Múltiples Víctimas y ejercicio de activación o respuesta<sup>(\*)</sup>**

**Descripción:** Se dispone y difunde un Plan de Atención a Múltiples Víctimas específico para el Dispositivo de Urgencias o SCCU/DCCU/EE, coherente con los Planes de Emergencias de ámbito superior, actualizado y revisado al menos una vez al año y con un ejercicio de entrenamiento anual (ajustado a PAUE) de activación o respuesta.

**Justificación:** La planificación y organización de la respuesta sanitaria coordinada de los servicios de Urgencias y Emergencias Sanitarias ante múltiples víctimas, así como su conocimiento por todos los profesionales del Servicio o Unidad y su revisión, actualización y entrenamiento periódico, es un paso imprescindible para asegurar una respuesta adecuada del SSPA ante tales situaciones.

**Ámbito de aplicación:** Plan de emergencias interior o exterior en caso de SCCU, plan de respuesta sanitaria ante múltiples víctimas de DCCU y Servicio de Emergencias Sanitarias.

**Fórmula:** Existe un Plan de Atención a Múltiples Víctimas y se realiza un ejercicio anual (SÍ/NO).

**Explicación de términos:**

- El Plan de Emergencias es un instrumento de planificación donde se determinan los riesgos potenciales, la estructura jerárquica y funcional que ha de intervenir, y el sistema de coordinación de los recursos y medios disponibles y o movilizables, adecuadamente integrados para la prevención y la intervención en respuesta a situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública.
- Plan de Emergencias de ámbito superior: Plan de Emergencias del Hospital, Planes Territoriales de Andalucía y Planes Sectoriales de Emergencias.

**Fuente de datos:** Protocolos y planes de la UGC e informe de la dirección del centro.

**Estándar:** Existe un Plan de Atención a Múltiples Víctimas y se realiza un ejercicio anual.

(\*) Da respuesta igualmente al indicador 14.3.1.

**Indicador 12.2.2.: Los profesionales participan en los planes de formación para la adquisición de conocimientos y habilidades en la respuesta sanitaria a múltiples víctimas por riesgo tecnológico**

**Descripción:** La existencia de planes de formación y reciclaje de los profesionales de urgencias y emergencias en la respuesta colectiva a múltiples víctimas por eventos de riesgo tecnológico (nuclear, radiológico, biológico y químico).

**Justificación:** Los profesionales de urgencias y emergencias deben estar entrenados en la atención a emergencias colectivas con riesgo tecnológico, al participar activamente en el tratamiento de los pacientes que han sufrido accidentes relacionados con eventos nucleares, radiológicos, biológicos o químicos. Para ello, tanto la Consejería de Salud, a través de la Fundación IAVANTE como el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, han empleado recursos humanos y materiales para el diseño y desarrollo de cursos y actividades de formación en el campo del riesgo tecnológico.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existen planes de formación (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** Los planes de formación precisan la existencia de material adecuado para la realización de las prácticas y un número mínimo de instructores reconocidos o, en su defecto, acceso a cursos acreditados.

**Fuente de datos:** Base de datos de los departamentos de formación. Expedientes de los cursos.

**Estándar:** Existe un plan de formación para la atención a múltiples víctimas.



### Indicador 12.2.3.: Juicio crítico de la respuesta de la UGC o Servicio en Emergencias Colectivas

**Descripción:** Revisión de la intervención y respuesta de una UGC o Servicio en situaciones de Emergencias Colectivas o Accidente con Víctimas Múltiples. Recogida de información, análisis y debate con todos los profesionales que permitan detectar oportunidades de mejora y adoptar medidas correctoras.

**Justificación:** Los dispositivos de Urgencias del SSPA han de estar preparados para desplegar la respuesta sanitaria y los mecanismos que permitan la movilización ordenada e integrada de recursos humanos y materiales necesarios para la atención a las víctimas en caso de emergencia colectiva o catástrofes, así como el esquema de coordinación entre los diferentes dispositivos y niveles del Sistema Sanitario Público.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existe un acta del Juicio Crítico (SÍ/NO).

**Explicación de términos:**

Emergencia Colectiva o Accidente con Múltiples Víctimas: para este propósito se entiende como la asistencia a 15 o más víctimas de un mismo siniestro en un corto espacio de tiempo. Aunque puede variar según los recursos y medios de cada unidad y, por tanto, el dintel podrá adaptarse a cada caso.

**Fuente de datos:** Informe UGC.

**Estándar:** En accidentes con 15 o más víctimas y activado el plan interno de cada centro, existe un acta del Juicio Crítico que incluye una descripción de la respuesta sanitaria de la UGC, de los medios desplegados, del triage, de los tiempos, de los resultados y unas conclusiones.

### Indicador 12.2.4.: Entrenamiento en emergencias tecnológicas

**Descripción:** Realización de ejercicios de preparación y despliegue de respuesta sanitaria ante emergencias por riesgo tecnológico.

**Justificación:** Los dispositivos de urgencias del SSPA han de estar preparados para desplegar la respuesta sanitaria y los mecanismos que permitan la movilización ordenada e integrada de recursos humanos y materiales necesarios para la atención a las víctimas en caso de emergencia colectiva o catástrofes por riesgo tecnológico, así como el esquema de coordinación entre los diferentes dispositivos y niveles del sistema sanitario público.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existe un acta de ejercicios en emergencias sanitaria: (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** Ejercicios prácticos de preparación para dar respuesta a emergencias tecnológicas.

**Fuente de datos:** Informe de la Dirección de la UGC.

**Estándar:** Realización de, al menos, un ejercicio práctico anual de respuesta a emergencias tecnológicas.

- 12.3.** Se promueve la transferencia de conocimientos y habilidades entre profesionales y centros, potenciando la publicación de artículos, la realización de ponencias y comunicaciones, la participación en proyectos y/o equipos de investigación, etcétera.

#### Indicador 12.3.1.: Participación en congresos

**Descripción:** Los profesionales del Centro/Unidad participan de forma activa en Congresos de carácter científico, relacionados con la atención urgente y/o emergente, mediante la presentación de Comunicaciones, Pósters, Ponencias y/o Mesas Redondas.

**Justificación:** La participación de los profesionales en Congresos relacionados con el ámbito de la atención sanitaria permite compartir y difundir el conocimiento y la experiencia, contribuyendo al intercambio de información útil para la salud de los ciudadanos, el funcionamiento del sistema sanitario y la mejora continua.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de Comunicaciones/Pósters/Ponencias/Mesas Redondas presentadas en Congresos científicos.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Informe de la Dirección del Centro o Unidad/Auditoría/Certificados o documentos acreditativos de la participación en Congresos.

**Estándar:** No establecido.

#### Indicador 12.3.2.: Publicaciones científicas

**Descripción:** Los profesionales del Centro/Unidad están comprometidos con la difusión del conocimiento, la evidencia científica y la investigación a través de la realización de publicaciones científicas relacionadas con su disciplina/ámbito de actuación.

**Justificación:** La publicación del conocimiento y la experiencia por parte de los profesionales sanitarios permite compartir y difundir el conocimiento y la experiencia, contribuyendo al intercambio de información útil para la salud de los ciudadanos, el funcionamiento del sistema sanitario y la mejora continua.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de publicaciones científicas.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Informe de la Dirección del Centro o Unidad/Auditoría/Documentos acreditativos de las publicaciones.

**Estándar:** No establecido.

**12.4.** Se realizan actividades docentes y de investigación, dando prioridad a las establecidas en el marco de las estrategias del SSPA y potenciando los grupos de trabajo interniveles.

**Indicador 12.4.1.: Programas de Formación Continuada y Plan de Investigación e Innovación interniveles y de carácter multidisciplinar**

**Descripción:** La Unidad dispondrá de un plan específico, de periodicidad mínima anual, que recogerá los objetivos y las acciones encaminadas a la formación continuada de sus profesionales y a la investigación e innovación en su campo de actividad y conocimiento, potenciando la creación de grupos de trabajo multidisciplinarios entre los distintos centros y unidades que atienden a las urgencias y emergencias.

**Justificación:** La generación, gestión e intercambio de conocimiento es uno de los objetivos estratégicos de la Consejería de Salud, debiéndose potenciar el trabajo multidisciplinar en relación a la estrategia de gestión clínica de SSPA.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Programa de Formación Continuada (SÍ/NO).

Plan de Investigación e Innovación (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Responsables de Formación e Investigación de los Centros/Unidades.

**Estándar:** Existen planes de formación continuada y de investigación e innovación.







**12.5.** Se promueve la concienciación y el adiestramiento de los ciudadanos como primer eslabón de la cadena de supervivencia.

**Indicador 12.5.1.: Promoción de actividades relacionadas con la concienciación y el adiestramiento de los ciudadanos en la actuación ante emergencias vitales**

**Descripción:** Los profesionales de urgencias y emergencias colaboran y promueven activamente la realización de actividades destinadas a la difusión de protocolos y el adiestramiento de ciudadanos y colectivos específicos en la atención inicial en emergencias vitales.

**Justificación:** La difusión de actuaciones en emergencias mediadas por el tiempo, tanto preventivas como de primera intervención, o de las urgencias más comunes, forma parte del compromiso que los profesionales de urgencias y emergencias adquieren con los ciudadanos susceptibles de precisar su atención. Cuanto más conocimiento exista de las maniobras y actuaciones a seguir en el primer eslabón de la cadena de supervivencia, mejores resultados en términos de salud existirán.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de actividades dirigidas a la formación y adiestramiento de los ciudadanos y colectivos específicos (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** Los planes de formación y adiestramiento precisan la existencia de material adecuado para la realización de las prácticas y un número mínimo de instructores reconocidos por el Plan Nacional. Los colectivos específicos pueden ser: fuerzas de seguridad, bomberos, familiares de enfermos con patología cardiovascular, escolares, etcétera.

**Fuente de datos:** Base de datos de los departamentos de Formación. Expedientes de los cursos.

**Estándar:** Al menos una actividad anual.

## ESTÁNDAR 13

Impulsar la investigación y la innovación con el fin de mejorar los resultados en términos asistenciales y de salud para la sociedad.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

**13.1.** Se promueve la aportación de ideas innovadoras que mejoren los procesos, productos, servicios o métodos existentes en la atención urgente y emergente.

#### Indicador 13.1.1.: Ideas/prácticas innovadoras en el ámbito de trabajo

**Descripción:** Los profesionales de la UGC aportan ideas/prácticas innovadoras en relación a su ámbito de trabajo.

**Justificación:** Obtener información pertinente para identificar, analizar y desarrollar oportunidades de mejora de la práctica profesional, de forma que se produzca una mejora continua de la calidad asistencial en la atención urgente y emergente.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de ideas/prácticas aportadas en el Banco de Ideas/Prácticas Innovadoras del SSPA (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** Idea innovadora es un “concepto o una reflexión que surge en la mente del profesional sanitario pero que no está materializada en un proyecto concreto, ni registrado como tal. Se presenta como una opción o solución de conocimiento o como una actividad alternativa para aplicarla a un ámbito determinado y que supone un cambio discernible y novedoso y a su vez implica una mejora en el ámbito de actuación para los profesionales sanitarios, para la población en general o un sector restringido de la misma”.

**Fuente de datos:** Salud Innova.

**Estándar:** No establecido. Se recomienda al menos una idea/práctica innovadora al año por UGC.





**13.2.** Se fomenta la investigación con financiación competitiva y de impacto, así como la transferencia de sus resultados a la práctica clínica.

#### Indicador 13.2.1.: Desarrollo de proyectos de investigación

**Descripción:** Promover el desarrollo de proyectos de investigación I+D+i a nivel regional, nacional o internacional.

**Justificación:** En el proceso de generación de conocimiento juega un papel esencial la investigación biomédica, entendida como la convergencia entre la investigación básica y clínica, la epidemiológica y la bioingeniería. Su impacto no sólo debe valorarse en términos de salud sino también de prosperidad para la ciudadanía. Es un sistema de innovación que precisará de la concertación del SSPA, la Universidad, la empresa y la Administración Pública (Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud 2006-2010. Consejería de Salud.)

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de proyectos en activo.

**Explicación de términos:**

- Proyecto en activo: durante la fase de desarrollo y presentación de resultados (dos a tres años).
- Se incluyen los equipos de investigación con financiación competitiva o con contrato de I+D+i, o los Grupos de Investigación del PAIDI, o los Proyectos de Investigación financiados por agencias públicas oficiales (Universidad, FIS, Instituto de Salud Carlos III, Consejerías de Salud o Agencias públicas europeas) que hayan concurrido a una convocatoria competitiva.
- Se excluyen los proyectos de investigación financiados únicamente por la industria sin participación de Agencias Públicas.

**Fuente de datos:** Informe de grupo de investigación o responsable del Proyecto de Investigación.

**Estándar:** No establecido.

### Indicador 13.2.2.: Implantación y/o modificación de intervenciones en la práctica clínica procedentes de resultados de investigación

**Descripción:** Se medirá el nivel de impacto de la transferencia de la investigación en cuidados críticos, a través de las intervenciones que la unidad incorpora a la práctica clínica mediante la actualización de los Protocolos.

**Justificación:** La investigación en biomedicina y ciencias de la salud es un pilar fundamental en el bienestar de la población, siempre que el nuevo conocimiento generado se transfiera efectivamente a la sociedad. Por ello, las unidades deben trabajar en potenciar la investigación consolidada y llevar los resultados de la investigación a la práctica clínica.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de intervenciones consolidadas en la unidad procedentes del análisis de los resultados de proyectos de investigación, incorporadas en los protocolos de la unidad.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Informe propio de la Unidad con el número de protocolos actualizados y bibliografía referenciada en proyectos de investigación. Informe de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

**Estándar:** No establecido.

- 13.3.** Se desarrollan proyectos de investigación colaborativos (SSPA, Universidad, Empresas, et-  
cétera), en concordancia con las líneas estratégicas definidas por el SSPA, contribuyendo  
a la mejora de la atención urgente y emergente y al funcionamiento del sistema sanitario.

### Indicador 13.3.1.: Participación activa en proyectos de investigación

**Descripción:** Los profesionales de la Unidad forman parte de grupos de investigación (adscritos al Plan Andaluz de Investigación u otros) con proyectos integrados en redes temáticas, proyectos internacionales y/o grupos coordinados, relacionados con la atención urgente y/o emergente.

**Justificación:** Los profesionales de la Unidad participarán en proyectos de investigación integrados en redes temáticas, proyectos internacionales y/o grupos coordinados, y/o tener asignadas responsabilidades en dichos proyectos, y/o incorporar sistemáticamente los resultados de los proyectos en los que participa y evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

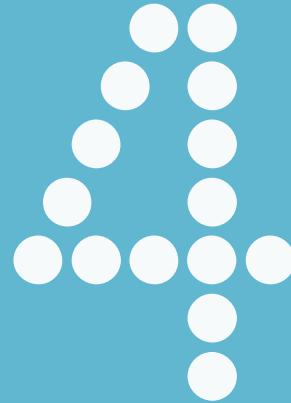
**Fórmula:** Número de profesionales que forman parte de grupos de investigación con proyectos integrados en redes temáticas, proyectos internacionales y/o grupos coordinados.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Certificado del grupo de investigación.

**Estándar:** No establecido. Se recomienda que al menos un profesional se integre en alguno de estos grupos.

# Bloque



## La Eficiencia

El Sistema Sanitario Público Andaluz ha adoptado el modelo de la Gestión Clínica como el entorno organizativo donde la corresponsabilidad de los profesionales y los ciudadanos en la toma de decisiones, y por tanto de resultados, es la clave fundamental. Para ello, se ha organizado en equipos de trabajo multidisciplinares, interrelacionados e interdependientes, donde cada profesional aporta sus conocimientos para abordar un problema de salud. En el área de las urgencias, la coordinación y puesta en común de las distintas competencias de todos los profesionales implicados es la garantía para obtener los resultados perseguidos.

La Gestión Clínica, como modelo para el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para la mejor atención de los pacientes, tiene como objetivo ofrecer a los ciudadanos los mejores resultados posibles en la práctica clínica diaria (efectividad), acordes con la mejor información disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad en su conjunto (eficiencia). Pero, además, estos objetivos han de conseguirse de forma compartida y corresponsable entre los profesionales y el ciudadano que requiere una asistencia urgente, como con sus familiares y cuidadores.

## ESTÁNDAR 14

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es el modelo organizativo adoptado por los diferentes servicios y dispositivos del Sistema de Atención Urgente del SSPA.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 14.1.** La Unidad de Gestión Clínica tiene definida con claridad la cartera de servicios, diseñada para dar atención a la demanda de asistencia urgente de su entorno, de forma integral y asegurando la continuidad del proceso asistencial.

#### Indicador 14.1.1.: Cartera de servicios

**Descripción:** Los dispositivos de urgencias disponen de una cartera de servicios actualizada adaptada a las necesidades de salud de la población a la que va destinada y recogida en los acuerdos de gestión clínica.

**Justificación:** El conocimiento de la cartera de servicios por los clientes externos (pacientes) e internos (profesionales) es necesaria para establecer los circuitos de pacientes, consensuar procedimientos y protocolos de atención urgente, y/o derivación en su caso.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

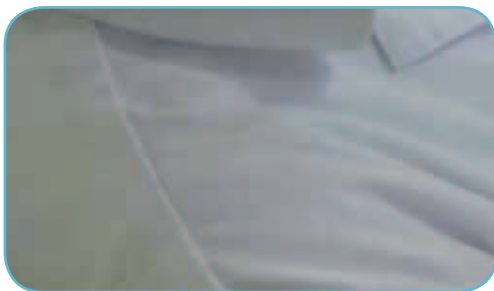
**Fórmula:** Existencia de una cartera de servicios (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Documentación de la UGC.

**Estándar:** Existe una Cartera de Servicios.





- 14.2.** Existe un Plan Funcional como línea maestra organizativa de la cadena sanitaria, cuyo eje conductor es la gradación de la asistencia con arreglo a la gravedad del enfermo, la intensidad de los cuidados y la necesidad de atención en diferentes niveles.

#### Indicador 14.2.1.: Plan Funcional

**Descripción:** El Plan Funcional desarrolla el proceso de atención urgente determinando los niveles de gravedad, estableciendo los flujos de pacientes, lugares de actuación, intensidad de cuidados y recursos materiales y profesionales implicados.

**Justificación:** El conocimiento del Plan Funcional es necesario tanto por parte de los profesionales, para medir estándares de calidad que permitan identificar áreas de mejora, como por parte de los usuarios, para ajustar sus expectativas a la oferta del servicio.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existe un Plan Funcional (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** El Plan Funcional es el documento organizativo de la Unidad en el que se definen los recursos materiales y humanos necesarios para desarrollar la Cartera de Servicios, flujograma de trabajo, procedimientos y protocolos y normas de calidad del servicio que se oferta.

**Fuente de datos:** Documentación UGC.

**Estándar:** Existe una Plan Funcional.

- 14.3.** Se dispone de un plan de atención a múltiples víctimas, acorde con los Planes de Emergencias y coordinados con las diferentes estructuras y dispositivos de urgencias y emergencias que intervienen.

**Indicador 14.3.1.: Plan de Atención a Múltiples Víctimas y ejercicios de activación o respuesta<sup>(\*)</sup>**

**Descripción:** Se dispone y difunde un Plan de Atención a Múltiples Víctimas específico para el Dispositivo de Urgencias o SSCCU/DCCU/EE, coherente con los Planes de Emergencias de ámbito superior, actualizado y revisado al menos una vez al año y con un ejercicio de entrenamiento anual (ajustado a PAUE), y se realizan ejercicios de activación o respuesta.

**Justificación:** La planificación y organización de la respuesta sanitaria coordinada de los servicios de Urgencias y Emergencias Sanitarias ante múltiples víctimas, así como su conocimiento por todos los profesionales del servicio o unidad y su revisión, actualización y entrenamiento periódico, es un paso imprescindible para asegurar una respuesta adecuada del SSPA ante tales situaciones.

**Ámbito de aplicación:** Plan de emergencias interior o exterior en caso de SSCCU, y plan de respuesta sanitaria ante múltiples víctimas de DCCU, y Servicio de Emergencias Sanitarias

**Fórmula:** Existe un Plan de Atención a Múltiples Víctimas y se realiza un ejercicio anual (SÍ/NO).

**Explicación de términos:**

- El Plan de Emergencias es un instrumento de planificación donde se determinan los riesgos potenciales, la estructura jerárquica y funcional que ha de intervenir, y el sistema de coordinación de los recursos y medios disponibles y o movilizables, adecuadamente integrados para la prevención y la intervención en respuesta a situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública.
- Plan de Emergencias de ámbito superior: Plan de Emergencias del Hospital, Planes Territoriales de Andalucía y Planes Sectoriales de Emergencias.

**Fuente de datos:** Protocolos y planes de la UGC, e Informe de la dirección.

**Estándar:** Existe un Plan de Atención a Múltiples Víctimas y se realiza un ejercicio anual.

(\*) Da respuesta igualmente al indicador 12.2.1.



**14.4.** La Unidad de Gestión Clínica tiene implantado un sistema de dirección participativa por objetivos que fomenta el liderazgo de los profesionales de acuerdo con el modelo adoptado por el SSPA.

#### Indicador 14.4.1.: Participación de los profesionales en la gestión clínica

**Descripción:** La dirección de la UGC informa, propone y debate los objetivos con los profesionales de la unidad; comunica los resultados obtenidos, así como las posibles áreas de mejora; facilita a todo el personal el Acuerdo de Gestión Clínica de la Unidad.

**Justificación:** Las UGC tienen en cuenta el trabajo en equipo, la autonomía de los profesionales y la descentralización en la toma de decisiones para la gestión de los recursos disponibles, constituyendo un modelo organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios a la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de reuniones de la dirección con sus profesionales.

**Explicación de términos:** La dirección de la UGC promueve la participación de los profesionales en la gestión clínica mediante la realización de sesiones informativas en las que se les proporciona el Acuerdo de Gestión Clínica de la Unidad, se presentan los objetivos anuales, se formulan propuestas, se hace un seguimiento de los resultados alcanzados, etcétera.

**Fuente de datos:** Informe de la dirección y las actas de sesiones informativas de la dirección de la UGC con sus profesionales.

**Estándar:** Al menos dos reuniones al año.



**14.5.** La Unidad de Gestión Clínica impulsa estrategias de colaboración e integración funcional con otras unidades de gestión.

#### Indicador 14.5.1.: Acuerdos de colaboración de interunidades de gestión clínica

**Descripción:** La UGC tiene acuerdos y procedimientos consensuados con otras unidades del SSPA.

**Justificación:** Las relaciones y alianzas entre UGC que comparten la atención y gestión de procesos asistenciales permiten potenciar y aprovechar las oportunidades y fortalezas que existen en el entorno de cada unidad de gestión.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de acuerdos de colaboración de interunidades firmados.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Acuerdos firmados entre las UGC.

**Estándar:** Al menos un acuerdo de colaboración anual.

#### Indicador 14.5.2.: Indicadores compartidos entre unidades

**Descripción:** La UGC tiene objetivos, sistemas de información e indicadores compartidos con otras unidades del Sistema de Urgencias y Emergencias del SSPA.

**Justificación:** Las relaciones y alianzas entre UGCs que comparten la atención y gestión de procesos asistenciales, permiten potenciar y aprovechar las oportunidades y fortalezas que existen en el entorno de cada unidad de gestión.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Número de indicadores compartidos.

**Explicación de términos:** SIAGC: Sistema de Información del Acuerdo de Gestión Clínica.

**Fuente de datos:** SIAGC y/o Cuadro de Mando de la UGC.

**Estándar:** Al menos dos indicadores compartidos entre UGCs.

## ESTÁNDAR 15

Optimizar el uso eficiente de los recursos en la atención urgente y emergente.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

**15.1.** Se proporcionan a los profesionales los medios y la capacitación para el uso de las herramientas y sistemas de información y comunicación adecuados para el desempeño profesional.

#### Indicador 15.1.1.: Informes de alta o derivación

**Descripción:** Los profesionales de los servicios de urgencias disponen y usan la herramienta informática Diraya o, en su defecto, una plantilla informática para ayudarlo a la realización de informe de alta o derivación.

**Justificación:** Los profesionales deben disponer de herramientas informáticas que les ayuden a la resolución de los problemas y poder garantizar la buena práctica.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de informes de alta informatizados x 100.

Denominador: nº de pacientes atendidos.

**Explicación de términos:** El informe de alta debe incluir aquellos datos del paciente y del proceso asistencial con los criterios de calidad que se definan (procedimientos diagnósticos y terapéuticos, informe de cuidados, derivación, etcétera).

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital o sistema propio informático.

**Estándar:** Igual o superior al 90%.



**Indicador 15.1.2.:****Conocimiento de los indicadores de actividad y calidad de la UGC**

**Descripción:** Los profesionales de la unidad tienen acceso a los Sistemas de Información y/o Cuadro de Mando de su UGC, a los indicadores del SIAGC y/o a otros Sistemas de Información corporativos, que les permitan conocer y hacer un seguimiento de los objetivos de su unidad.

**Justificación:** Los profesionales deben disponer de herramientas de información como herramienta de mejora, que les permitan conocer el grado de cumplimiento de sus objetivos personales y de su unidad.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales de la UGC que pueden acceder al sistema de seguimiento de objetivos x 100.

Denominador: nº de profesionales de la unidad.

**Explicación de términos:** SIAGC: Sistema de Información del Acuerdo de Gestión Clínica.

**Fuente de datos:** SIAGC y/o Cuadro de Mando de la UGC.

**Estándar:** Igual o superior al 90%.

- 15.2.** Se utilizan las nuevas tecnologías disponibles para reducir tiempos y movimientos, aumentando la eficiencia en la gestión y organización del trabajo.

**Indicador 15.2.1.:****Herramientas de comunicación entre los profesionales de la UGC**

**Descripción:** Los profesionales de la unidad disponen de una herramienta, tipo correo electrónico corporativo, intranet, red social, comunidad virtual, etcétera, para la comunicación e información entre ellos acerca de los temas de interés profesional.

**Justificación:** Los profesionales deben disponer de herramientas que les permitan comunicarse entre ellos, favoreciendo la accesibilidad a la información y el intercambio de conocimiento.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de profesionales con acceso a herramientas de comunicación x 100.

Denominador: nº de profesionales de la UGC.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Servicio de informática del centro.

**Estándar:** Igual o superior al 50%.

**15.3.** Se establecen mecanismos que favorecen la optimización de los recursos y el compromiso de los profesionales en la gestión de los mismos, utilizando adecuadamente la tecnología disponible desde aspectos de la eficacia, la seguridad y la eficiencia (realización de pactos de consumo entre los profesionales y los órganos directivos, realización de alianzas estratégicas entre servicios y unidades, etcétera).

#### Indicador 15.3.1.: Recetas electrónicas al alta

**Descripción:** El profesional utiliza la herramienta Diraya para poder dar respuesta al proceso agudo por el que el paciente ha demandado atención urgente, indicando la medicación a tomar a través de Receta XXI o a través de receta electrónica.

**Justificación:** Optimización de los recursos informáticos para la seguridad del paciente.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA, excepto equipos móviles.

**Fórmula:**

Numerador: nº de recetas electrónicas x 100.

Denominador: nº de pacientes atendidos.

**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Aplicación corporativa de Farmacia (microstrategy).

**Estándar:** No establecido.

#### Indicador 15.3.2.:

#### Protocolos para el uso compartido de fármacos y material fungible

**Descripción:** Existencia de protocolos comunes entre los distintos dispositivos de urgencias en los que se definan el uso compartido de los fármacos de más frecuente utilización (Dopamina, Dobutamina, Solinitrina, Insulina, Morfina, etcétera) y de materiales fungibles (sistemas de perfusión endovenosa, bombas de perfusión, filtros de respiradores, etcétera).

**Justificación:** La utilización compartida de fármacos y materiales de uso sanitario aumenta la seguridad, la eficacia y la eficiencia en el consumo de recursos.

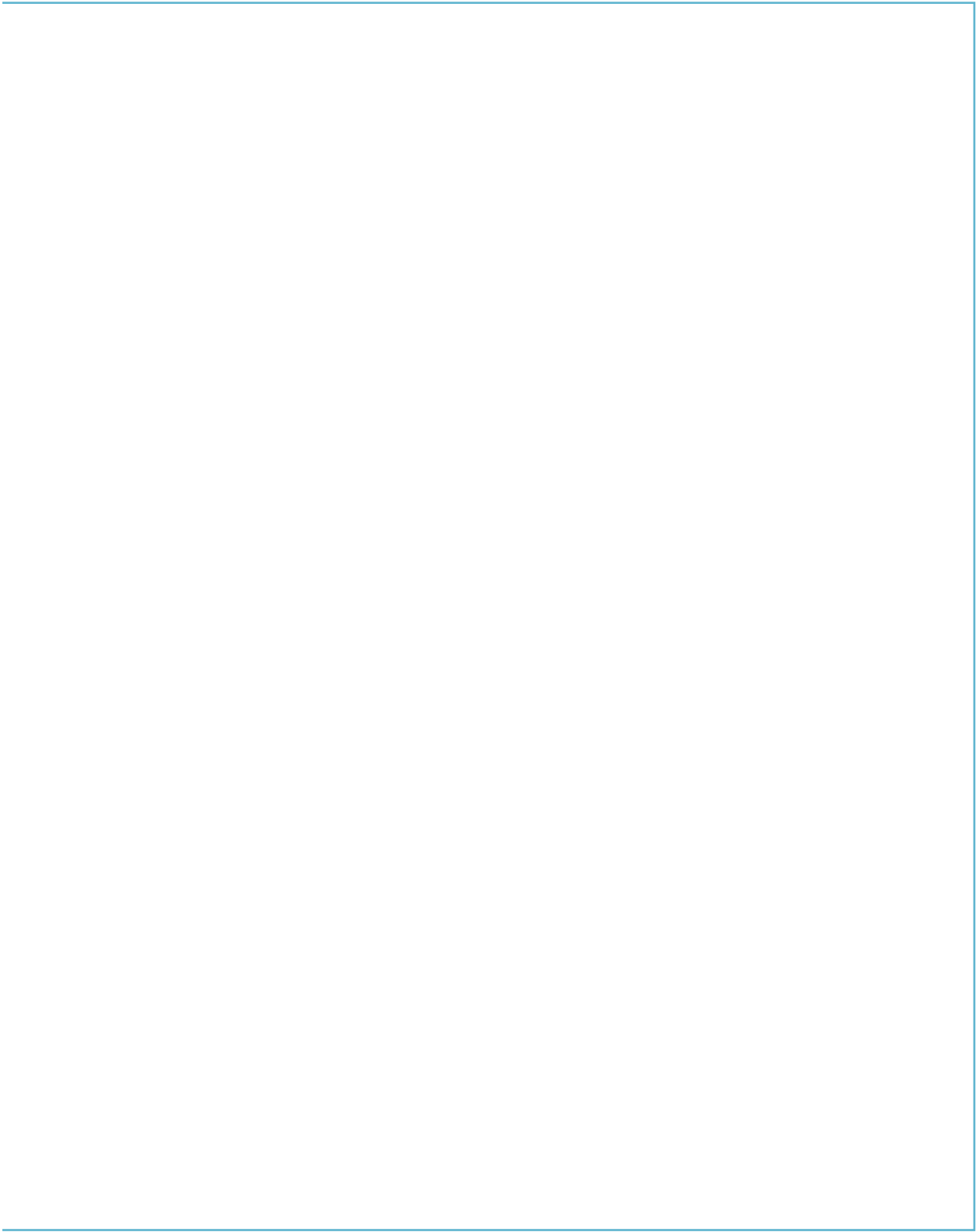
**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** No procede.

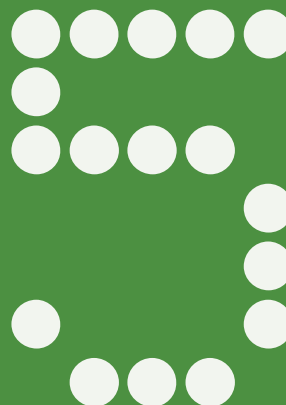
**Explicación de términos:** No procede.

**Fuente de datos:** Informes interniveles y listado de consumo de gasto en capítulo II.

**Estándar:** Al menos tres protocolos consensuados y compartidos (perfusión endovenosa, bombas de perfusión y filtros de respiradores).



Bloque



## Los Resultados

El modelo de Gestión Clínica adoptado por los Servicios y Dispositivos de atención a las urgencias y emergencias en Andalucía incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica cotidiana, estableciendo objetivos no solo de repercusión individual en cada ciudadano que precisa atención urgente, sino objetivos poblacionales con resultados en salud. Y para ello utiliza como herramientas para la práctica clínica los procesos asistenciales integrados y los procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica; se garantiza así una asistencia acorde con el conocimiento científico disponible, reduciendo la variabilidad, facilitando la continuidad asistencial y favoreciendo la evaluación de los resultados obtenidos.

Se hace imprescindible definir los estándares e indicadores de calidad que enmarquen las estrategias que sobre resultados individuales o colectivos han de plantearse los profesionales del ámbito de las urgencias, ya que además, es un elemento clave de las estrategias de mejora de la calidad, la evaluación continua de los profesionales y sus resultados. Por esto, los programas de acreditación puestos en marcha por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía promueven, entre otros, el análisis y evaluación de sus centros.

## ESTÁNDAR 16

Las actividades asistenciales y organizativas de las unidades de atención urgente se realizan con una dinámica de mejora continua de la calidad.

### CRITERIOS DE CALIDAD RELACIONADOS:

- 16.1.** La unidad monitoriza el cumplimiento de los objetivos, los indicadores asistenciales y los indicadores de calidad contemplados en el acuerdo de gestión y, además, están disponibles permanentemente y son conocidos por los profesionales implicados.

#### Indicador 16.1.1.: Accesibilidad y conocimiento de los resultados de los indicadores asistenciales y de calidad de la unidad

**Descripción:** Se monitorizan los objetivos, los indicadores asistenciales y sus resultados, comunicándose y compartiéndose con los profesionales de la unidad.

**Justificación:** La Gestión Clínica se basa en un sistema de dirección participativa que fomenta el liderazgo de los profesionales, de acuerdo al modelo adoptado por el SSPA. La evaluación periódica del grado de cumplimiento de los objetivos de la unidad, debe ir acompañada de la información de los resultados de la misma. De esta forma se puede obtener la retroalimentación necesaria para la toma de medidas correctoras de forma participativa.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** SÍ/NO.

**Explicación de términos:** Los resultados de los indicadores de actividad asistencial y de calidad de la unidad se difunden y analizan en sesiones presenciales al menos con periodicidad semestral, y estarán actualizados (6 meses) y disponibles permanentemente para los profesionales de la Unidad.

**Fuente de datos:** SIAGC (Sistemas de Información de los Acuerdos de Gestión Clínica).

**Estándar:** Al menos una reunión virtual o presencial de seguimiento anual, en la que se analicen los resultados alcanzados, actualizados y disponibles.



### Indicador 16.1.2.: La unidad revisa periódicamente el grado de cumplimiento de los objetivos de los acuerdos de gestión

**Descripción:** Los responsables de la unidad revisan el grado de cumplimiento de objetivos periódicamente intentando detectar las principales desviaciones que sobre los resultados esperados se han producido y comunicando las conclusiones al resto de los componentes de la unidad implicados.

**Justificación:** La evaluación periódica del grado de cumplimiento de los objetivos de la unidad permite adoptar medidas correctoras, incentivar a los componentes de la unidad en la participación en la obtención de resultados y proponer nuevas estrategias de mejora.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

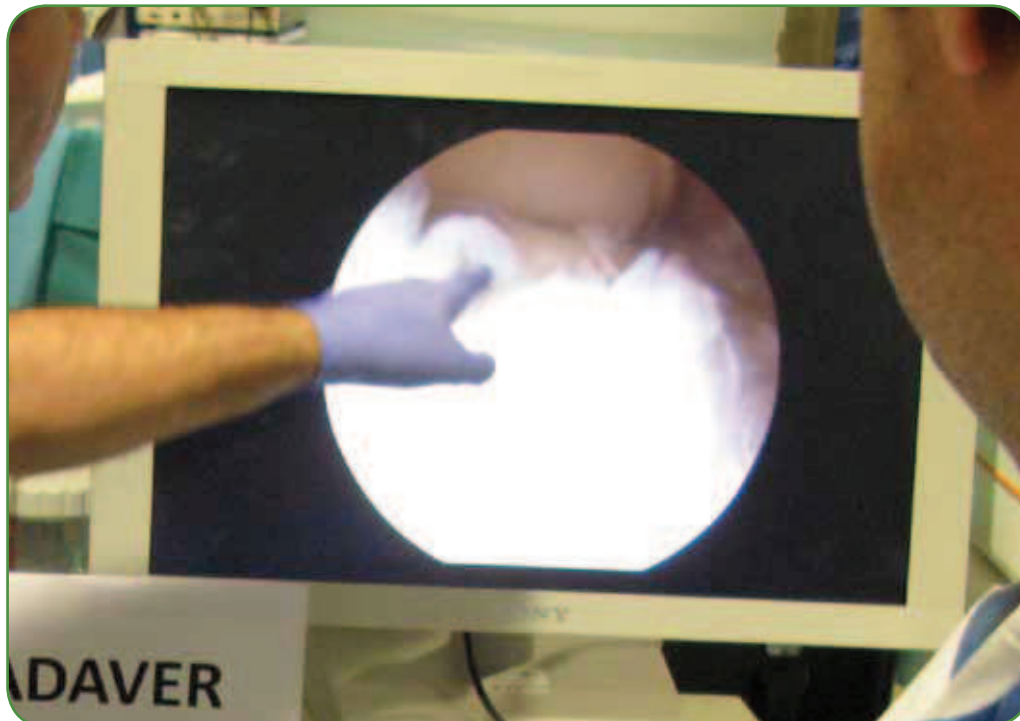
Numerador: nº de objetivos revisados x 100.

Denominador: nº total de objetivos de la unidad.

**Explicación de términos:** El grado de cumplimiento de cada objetivo debe ser revisado por los componentes de la unidad tras un periodo razonable de tiempo de ejecución.

**Fuente de datos:** Actas de reuniones de evaluación.

**Estándar:** 100%.





- 16.2.** Existe una evaluación y revisión periódica del uso y cumplimiento de las recomendaciones de los Planes, Estrategias y Políticas de la Consejería de Salud.

**Indicador 16.2.1.:** La unidad conoce y, en su caso, participa en el seguimiento de las recomendaciones de la Consejería de Salud en planes y estrategias de mejora de la calidad de la atención urgente

**Descripción:** La unidad conoce y, en su caso, participa en las estrategias de mejora de la calidad a la atención de las urgencias y emergencias, según las directrices de los planes y estrategias emanadas de la Consejería de Salud.

**Justificación:** El conocimiento y la participación en el desarrollo de las estrategias emanadas de la Consejería de Salud permiten evaluar planes específicos de mejora de la calidad en la atención de las urgencias y emergencias, acordes con las políticas sanitarias existentes en el entorno que esta atención se desarrolla.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existencia de recursos de información para los componentes de la unidad (Sí/NO).

**Explicación de términos:** Los recursos de información incluyen cartelería, listas de distribución de correo electrónico, multimedia, acceso a los portales de salud de la Consejería, etcétera.

**Fuente de datos:** Auditoria/Informe del Servicio/Dirección del centro.

**Estándar:** Sí.

**16.3.** Los resultados se comparan con los estándares publicados y aceptados, así como con los de otras unidades.

**Indicador 16.3.1.: La unidad aporta datos que permitan la comparación de sus resultados con los estándares publicados y aceptados, para áreas de atención a las urgencias y emergencias**

**Descripción:** Los resultados de actividad y medición de indicadores se monitorizan de forma adecuada para su comparación con los estándares existentes.

**Justificación:** La existencia de sistemas de información y la evaluación de los indicadores de calidad de los objetivos de la unidad permiten la comparación de los resultados obtenidos con los estándares aceptados para la atención a las urgencias y emergencias y, de esta forma, aportan datos de utilidad para la mejora y el reconocimiento de la calidad de la misma.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existencia de recursos de información y comunicación de resultados de la Unidad (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** Como sistemas de información se entienden los derivados de la utilización de historia digital, la medición de actividad, la evaluación periódica de indicadores y la comunicación de resultados.

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital, MTI, documentación de la UGC, Auditoria/Informe del Servicio/Dirección del centro.

**Estándar:** Sí.

**Indicador 16.3.2.: Comparación de resultados entre unidades del SSPA**

**Descripción:** Evaluación comparativa de los principales indicadores de actividad, procesos y resultados, entre unidades y servicios del SSPA de volumen y complejidad similares.

**Justificación:** El fomento del intercambio de información entre unidades y servicios del sistema de urgencias, facilita las estrategias de mejora continua y la extensión de iniciativas de colaboración.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Existe un informe de evaluación (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** Deberán estar definidos los listados de indicadores de benchmarking en los distintos dispositivos y unidades de atención urgente y emergente.

**Fuente de datos:** SIAGC y/o Cuadro de Mando de la UGC. SIEPES.

**Estándar:** Existe una evaluación comparativa de los resultados claves de la UGC respecto a las unidades de su rango en el SSPA.

- 16.4.** La Unidad de Gestión Clínica dispone de un procedimiento sistematizado para detectar y monitorizar los principales puntos críticos que repercuten en la eficiencia, recogido en el acuerdo de gestión, así como los sucesos centinelas derivados de la variabilidad inaceptable (la que genera resultados desfavorables).

#### Indicador 16.4.1.: Evaluación de la mortalidad en Urgencias

**Descripción:** Se evalúan las causas de la mortalidad en Urgencias.

**Justificación:** Es necesario que se efectúen sistemáticamente análisis cualitativos de la mortalidad enfocados hacia la autoevaluación de la calidad del proceso asistencial: la evaluación de la mortalidad en todos los pacientes que han sido atendidos en urgencias con la finalidad de detectar la mortalidad evitable.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de éxitos evaluados x 100.

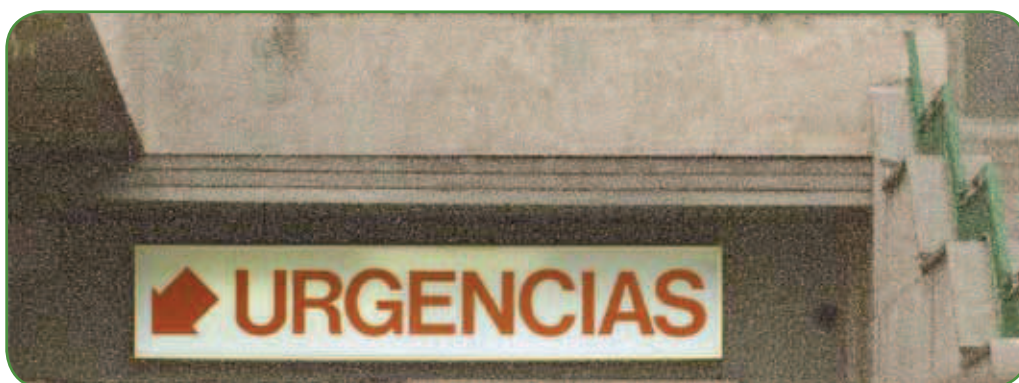
Denominador: nº de éxitos producidos en urgencias.

**Explicación de términos:**

- Se excluyen los que son considerados cadáver y no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos terapéuticos en el momento de su atención o entrada en urgencias, así como los éxitos en vía pública o en domicilio.
- Incluye a todos los fallecidos por cualquier causa durante su permanencia en urgencias y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a salas para pruebas diagnósticas tales como Radiología, etcétera), así como durante los traslados intra o extra-hospitalarios.
- Los éxitos se recogerán siguiendo el modelo de registro de mortalidad para los Servicios, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias (PAUE. Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias. 2000).

**Fuente de datos:** Auditoría.

**Estándar:** 100%.



### Indicador 16.4.2.: Mortalidad en Urgencias

**Descripción:** Número de fallecidos en Urgencias.

**Justificación:** Mide indirectamente la capacidad y eficacia del equipo/centro para resolver los casos más críticos con rapidez, sea solucionando el problema con sus medios o derivando al paciente al servicio, unidad o centro adecuado a la gravedad del caso.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:**

Numerador: nº de éxitos x 100.

Denominador: nº de pacientes atendidos.

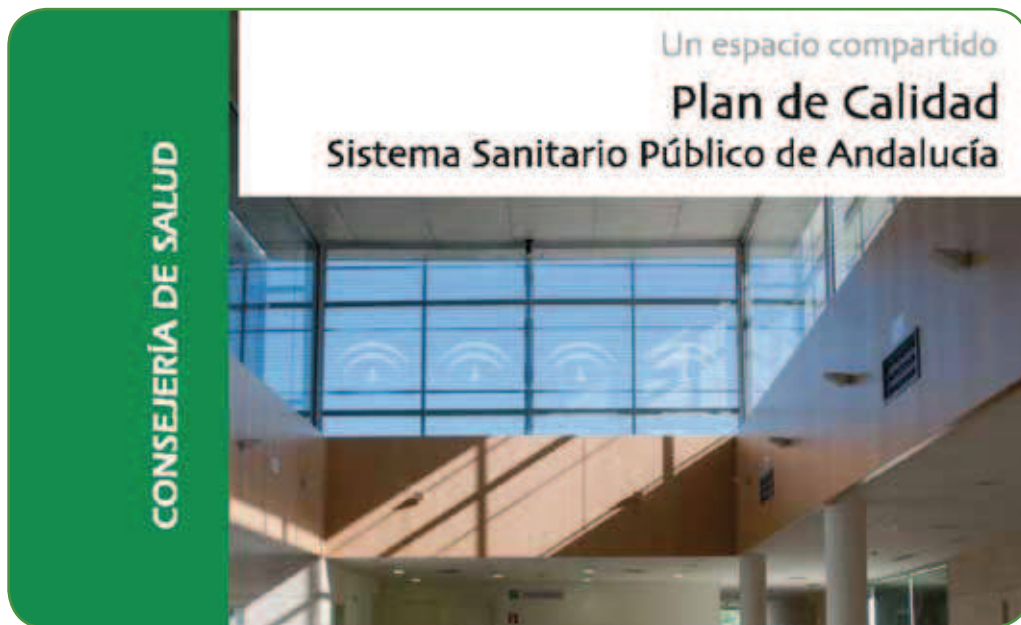
**Explicación de términos:**

- Se excluyen los que son considerados cadáver y no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos terapéuticos en el momento de su atención o entrada en urgencias, así como los éxitos en vía pública o en domicilio.
- Incluye a todos los fallecidos por cualquier causa durante su permanencia en urgencias y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a salas para pruebas diagnósticas tales como Radiología, etcétera), así como durante los traslados intra o extra-hospitalarios.
- Los éxitos se recogerán siguiendo el Modelo de Registro de Mortalidad para los Servicios, Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias (PAUE. Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias. 2000).

**Fuente de datos:** Historia Clínica Digital.

**Estándar:** No establecido.





**16.5.** Se fomenta la acreditación de las unidades asistenciales.

#### Indicador 16.5.1.: Acreditación de la Unidad

**Descripción:** Las unidades de atención urgente y/o emergente están acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, habiendo alcanzado alguno de sus Niveles de Acreditación: Avanzada, Óptima o Excelente.

**Justificación:** La Acreditación es una herramienta orientada a impulsar la mejora continua y garantizar la calidad de las estructuras organizativas del SSPA que prestan servicio a los ciudadanos andaluces.

**Ámbito de aplicación:** Todos los dispositivos de atención urgente del SSPA.

**Fórmula:** Acreditación de la unidad (SÍ/NO).

**Explicación de términos:** La Acreditación es “un proceso mediante el cual se observa y reconoce en qué forma la atención que prestamos a los ciudadanos en materia de salud responde a nuestro modelo de calidad, siempre con la finalidad de favorecer e impulsar la mejora continua de nuestras instituciones, profesionales, formación, etcétera” (Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Consejería de Salud Junta de Andalucía).

**Fuente de datos:** Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

**Estándar:** Existencia de la Unidad Acreditada.

ANEXO:

ÍNDICE RESUMEN DE

INDICADORES



## Bloque 1 El Ciudadano

### Estándar 1

Indicador 1.1.1.: Salas de espera con Carta de Derechos y Deberes .....	21
Indicador 1.1.2.: Profesionales formados en Derechos y Deberes del Ciudadano .....	22
Indicador 1.2.1.: Consentimiento informado en el proceso de atención urgente .....	23
Indicador 1.3.1.: Satisfacción de los pacientes .....	24
Indicador 1.3.2.: Tasa de reclamaciones .....	24
Indicador 1.4.1.: Protocolo de información a los pacientes y familiares .....	25
Indicador 1.4.2.: Reclamaciones por desinformación .....	26
Indicador 1.5.1.: Información sobre el proceso que motiva la atención del paciente en la unidad de urgencias .....	27

### Estándar 2

Indicador 2.1.1.: Se dispone de un plan para preservar la confidencialidad e intimidad en el manejo de la información del paciente .....	28
Indicador 2.2.1.: Plan de intimidad del paciente .....	29
Indicador 2.2.2.: Satisfacción de los pacientes con respecto a la protección de su intimidad .....	29

### Estándar 3

Indicador 3.1.1.: Utilización de los recursos para resolver barreras idiomáticas .....	30
Indicador 3.2.1.: Tiempo de espera desde que el ciudadano contacta con un servicio de urgencias hasta que es atendido .....	31
Indicador 3.2.2.: Tiempo de espera desde que el ciudadano contacta con un servicio de urgencias pediátricas hasta que es atendido .....	31
Indicador 3.2.3.: Tiempo de espera para acceder a la atención sanitaria a través de un centro coordinador de urgencias y emergencias de EPES-061 .....	32
Indicador 3.3.1.: Seguimiento de indicadores de calidad .....	32
Indicador 3.4.1.: Información a los ciudadanos sobre los recursos disponibles en el área .....	33
Indicador 3.4.2.: Oferta de recursos al usuario .....	34
Indicador 3.4.3.: Existencia de circuitos especiales de atención a pacientes vulnerables: violencia de género .....	34
Indicador 3.4.4.: Existencia de circuitos especiales a pacientes vulnerables: maltrato infantil .....	35

## Bloque 2 La Atención Sanitaria Integral

### Estándar 4

Indicador 4.1.1.: Mapa de riesgos .....	37
Indicador 4.1.2.: Análisis modal de fallos y efectos .....	37
Indicador 4.1.3.: Notificación de incidentes de seguridad .....	38



Indicador 4.2.1.: Acciones formativas sobre seguridad del paciente.....	39
Indicador 4.2.2.: Prescripción de medicamentos y productos sanitarios.....	39
Indicador 4.2.3.: Procedimientos de dispensación y administración de medicamentos y productos sanitarios.....	40
Indicador 4.3.1.: Plan de prevención de riesgos laborales.....	40
Indicador 4.4.1.: Estrategia de Identificación Inequivoca de Pacientes.....	41
Indicador 4.5.1.: Accidentes por caídas.....	42

#### Estándar 5

Indicador 5.1.1.: Implantación de los procesos asistenciales integrados “Atención al trauma grave”, “Infarto agudo de miocardio”, “Sepsis” y “Ataque cerebrovascular”.....	43
Indicador 5.2.1.: Implantación de los PAIs relacionados con patologías susceptibles de tener su puerta de entrada a través del sistema de urgencias y emergencias.....	44
Indicador 5.3.1.: Implantación de los PAIs relacionados con patologías susceptibles de presentar episodios frecuentes de demanda de atención urgente o emergente.....	45
Indicador 5.4.1.: Existen y se aplican los procedimientos y los cuidados establecidos en la atención a las patologías más prevalentes y de menor complejidad en urgencias.....	46
Indicador 5.5.1.: Implicación de los profesionales en la implantación, desarrollo y mejora de los procesos asistenciales integrados.....	47

#### Estándar 6

Indicador 6.1.1.: Planes de formación y reciclaje en RCP.....	48
Indicador 6.2.1.: Profesionales con formación acreditada en Soporte Vital Básico y Desfibrilación.....	49
Indicador 6.3.1.: Profesionales con formación acreditada en Soporte Vital Avanzado.....	50
Indicador 6.3.2.: Registro de PCR.....	50
Indicador 6.4.1.: Programas de difusión de maniobras de RCP.....	51
Indicador 6.5.1.: Conocimiento de las maniobras de Soporte Vital Avanzado al trauma grave.....	52
Indicador 6.6.1.: Existen protocolos específicos para la ayuda a la toma de decisiones relacionadas con el soporte vital en la fase final de la vida.....	53
Indicador 6.6.2.: Identificación de paciente terminal no RCP.....	53

#### Estándar 7

Indicador 7.1.1.: Grupos de procesos interniveles.....	54
Indicador 7.2.1.: Garantizar la continuidad de cuidados a los pacientes con enfermedad de Alzheimer y grandes dependientes, así como a sus cuidadores.....	55
Indicador 7.3.1.: Continuidad asistencial en pacientes vulnerables.....	56
Indicador 7.4.1.: Comunicación interniveles para transferencia de pacientes emergentes.....	57
Indicador 7.5.1.: Colaboración interniveles.....	57
Indicador 7.6.1.: Informe único asistencial correctamente cumplimentado.....	58

**Estándar 8**

Indicador 8.1.1.: Derivaciones al hospital desde los dispositivos extrahospitalarios, en función de niveles de prioridad.....	59
Indicador 8.1.2.: Ingreso hospitalario desde las urgencias de los SCCU .....	59
Indicador 8.2.1.: Tiempo de respuesta del transporte secundario de pacientes críticos.....	60
Indicador 8.3.1.: Adecuación del transporte secundario de pacientes críticos .....	61
Indicador 8.3.2.: Adecuación del transporte urgente.....	62
Indicador 8.4.1.: Registro de la transferencia del paciente .....	62

**Bloque 3 El Profesional****Estándar 9**

Indicador 9.1.1.: Grado de consecución de los objetivos pactados en los acuerdos de gestión .....	66
Indicador 9.2.1.: Plan de formación adecuada a competencias.....	67
Indicador 9.2.2.: Promoción de la acreditación de las competencias profesionales.....	68
Indicador 9.3.1.: Implicación de los profesionales en el trabajo en equipo, la colaboración multidisciplinar y la cooperación interniveles.....	69
Indicador 9.4.1.: Los profesionales conocen los resultados económicos y asistenciales de su Unidad.....	70

**Estándar 10**

Indicador 10.1.1.: Sistema de clasificación de pacientes .....	71
Indicador 10.1.2.: Cumplimiento de protocolos, procedimientos, guías de práctica clínica y planes de cuidados.....	72
Indicador 10.2.1.: Plan de formación adecuado a competencias.....	73
Indicador 10.3.1.: Readmisiones en 72 horas.....	74
Indicador 10.3.2.: Readmisiones con ingreso en 72 horas.....	74
Indicador 10.3.3.: Solicitud de pruebas complementarias ajustadas a protocolo .....	75
Indicador 10.3.4.: Concordancia diagnóstica .....	75
Indicador 10.4.1.: Plan de formación adecuado a competencias.....	76
Indicador 10.4.2.: Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales.....	76
Indicador 10.5.1.: Promoción de la acreditación de las competencias profesionales.....	77

**Estándar 11**

Indicador 11.1.1.: Acceso a bases de datos (atención sanitaria basada en la evidencia).....	78
Indicador 11.2.1.: Pertinencia de las pruebas complementarias solicitadas por la unidad .....	79
Indicador 11.3.1.: Incorporación de indicadores de calidad con seguimiento sistemático .....	79
Indicador 11.4.1.: Cumplimiento de protocolos, procedimientos, guías de práctica clínica y planes de cuidados.....	80
Indicador 11.5.1.: Sistema de clasificación de pacientes .....	81

**Estándar 12**

Indicador 12.1.1.: Sesiones multidisciplinares.....	82
Indicador 12.2.1.: Plan de Atención a Múltiples Víctimas y ejercicio de activación o respuesta.....	83
Indicador 12.2.2.: Los profesionales participan en los planes de formación para la adquisición de conocimientos y habilidades en la respuesta sanitaria a múltiples víctimas por riesgo tecnológico.....	84
Indicador 12.2.3.: Juicio crítico de la respuesta de la UGC o Servicio en Emergencias Colectivas.....	85
Indicador 12.2.4.: Entrenamiento en emergencias tecnológicas.....	85
Indicador 12.3.1.: Participación en congresos.....	86
Indicador 12.3.2.: Publicaciones científicas.....	86
Indicador 12.4.1.: Programas de Formación Continuada y Plan de Investigación e Innovación interniveles y de carácter multidisciplinar.....	87
Indicador 12.5.1.: Promoción de actividades relacionadas con la concienciación y el adiestramiento de los ciudadanos en la actuación ante emergencias vitales.....	88

**Estándar 13**

Indicador 13.1.1.: Ideas/prácticas innovadoras en el ámbito de trabajo.....	89
Indicador 13.2.1.: Desarrollo de proyectos de investigación.....	90
Indicador 13.2.2.: Implantación y/o modificación de intervenciones en la práctica clínica procedentes de resultados de investigación.....	91
Indicador 13.3.1.: Participación activa en proyectos de investigación.....	91

**Bloque 4 La Eficiencia****Estándar 14**

Indicador 14.1.1.: Cartera de servicios.....	93
Indicador 14.2.1.: Plan Funcional.....	94
Indicador 14.3.1.: Plan de Atención a Múltiples Víctimas y ejercicios de activación o respuesta.....	95
Indicador 14.4.1.: Participación de los profesionales en la gestión clínica.....	96
Indicador 14.5.1.: Acuerdos de colaboración de interunidades de gestión clínica.....	97
Indicador 14.5.2.: Indicadores compartidos entre unidades.....	97

**Estándar 15**

Indicador 15.1.1.: Informes de alta o derivación.....	98
Indicador 15.1.2.: Conocimiento de los indicadores de actividad y calidad de la UGC.....	99
Indicador 15.2.1.: Herramientas de comunicación entre los profesionales de la UGC.....	99
Indicador 15.3.1.: Recetas electrónicas al alta.....	100
Indicador 15.3.2.: Protocolos para el uso compartido de fármacos y material fungible.....	100

## Bloque 5 Los Resultados

### Estándar 16

Indicador 16.1.1.: Accesibilidad y conocimiento de los resultados de los indicadores asistenciales y de calidad de la unidad.....	103
Indicador 16.1.2.: La unidad revisa periódicamente el grado de cumplimentación de los objetivos de los acuerdos de gestión.....	104
Indicador 16.2.1.: La unidad conoce y, en su caso, participa en el seguimiento de las recomendaciones de la Consejería de Salud en planes y estrategias de mejora de la calidad de la atención urgente.....	105
Indicador 16.3.1.: La unidad aporta datos que permitan la comparación de sus resultados con los estándares publicados y aceptados, para áreas de atención a las urgencias y emergencias .....	106
Indicador 16.3.2.: Comparación de resultados entre unidades del SSPA.....	106
Indicador 16.4.1.: Evaluación de la mortalidad en Urgencias .....	107
Indicador 16.4.2.: Mortalidad en Urgencias .....	108
Indicador 16.5.1.: Acreditación de la Unidad .....	109

# GLOSARIO DE TÉRMINOS

---

## ACREDITACIÓN

Según la Real Academia de la Lengua Española, “acreditar” significa “hacer digno de crédito algo, probar su certeza o realidad; afamar, dar crédito o reputación; dar seguridad de que alguien o algo es lo que representa o parece”.

Según la Entidad Nacional de Acreditación (AENAC), la “acreditación” es la “herramienta establecida a escala internacional para generar confianza sobre la actuación de un tipo de organizaciones muy determinado... y cuyo objetivo principal es demostrar a la sociedad que los productos y servicios puestos a su disposición son conformes con ciertos requisitos relacionados generalmente con su Calidad y la Seguridad. Dichos requisitos pueden estar establecidos por ley y tener por tanto carácter reglamentario o estar especificados en Normas, especificaciones u otros documentos de carácter voluntario”.

En este sentido, el Sistema Sanitario Público Andaluz, en el marco de su compromiso con la calidad, crea su propia Agencia de Calidad Andaluza, con el objetivo de facilitar las estrategias de mejora de los centros así como la mejor práctica clínica de sus profesionales, erigiéndose como entidad certificadora de los programas de acreditación de centros sanitarios y unidades asistenciales, de competencias profesionales, de programas de formación continuada y de páginas web, buscando siempre la excelencia en la prestación de los servicios sanitarios en Andalucía.

## ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS

Reconocimiento, expreso y público, al cumplimiento de los requisitos necesarios para prestar una asistencia de calidad, así como el inicio de una línea de mejora continua por parte de un profesional. Durante el Proceso de Acreditación, el profesional observa y reconoce, de forma sistemática, la proximidad entre las competencias reales que posee y las que están definidas en su correspondiente mapa de competencias.

En Andalucía esta Acreditación está normalizada mediante el Decreto 18/2007 por el que se regula el nivel de acreditación de la competencia profesional de los profesionales sanitarios, y asumida por su Consejería de Salud, mediante la capacidad de su Agencia de Calidad Andaluza para certificar aquellas buenas prácticas del profesional que asume avanzar en un ciclo de mejora profesional continuo.

Los distintos niveles de Acreditación se correlacionan con la capacidad de avanzar en el nivel de carrera profesional de los profesionales sanitarios andaluces, y su mantenimiento en el tiempo, como todo ciclo de mejora requiere su reevaluación y reacreditación en el tiempo correspondiente.

La acreditación de competencias sanitarias en Andalucía no cuestiona la competencia básica de los profesionales sanitarios, es la herramienta puesta a disposición de los profesionales que quieren mejorar de manera continua, constituyéndose en eje de la evaluación del profesional sanitario andaluz.

## **BUENA PRÁCTICA**

Comportamiento observable, objetivable y medible de una competencia profesional, que representa un estándar de desempeño profesional de dicha competencia.

## **CALIDAD**

La Calidad de un producto o servicio siempre es compleja de evaluar, ya que la medida de la calidad puede abordarse desde muy diferentes perspectivas. Por esta razón, es preciso identificar los objetivos que se persiguen en materia de calidad (criterios de calidad), establecer una forma para conocer si se alcanzan o no dichos objetivos (indicador de calidad) y establecer un rango dentro del cual el nivel de calidad se considera aceptable (estándar de calidad).

## **COMPETENCIA PROFESIONAL**

Aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver los problemas que se le plantean. La competencia se manifiesta a través del conjunto de comportamientos casualmente relacionados con un desempeño que da respuesta eficiente a las exigencias planteadas en el estándar establecido.

## **CRITERIO DE CALIDAD**

Los criterios se definen como aquella condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso, para ser considerada de calidad. Por lo general, los criterios de calidad parten de la combinación de las necesidades reales y de las demandas de los clientes, el conocimiento de las ofertas y productos de organizaciones de la competencia, y las posibilidades reales de poder satisfacer dichas necesidades y expectativas.

Un Criterio de Calidad debe reunir los siguientes requisitos:

- Ser explícito: debe estar expresado con claridad y objetividad, sin dejar dudas con respecto a qué se refiere, qué se pretende.
- Aceptado por los diferentes interesados (productores, clientes, etcétera...) y comprometidos a alcanzarlo.
- Elaborado en forma participativa.
- Comprensible: todos los implicados deben entender lo mismo.
- Fácilmente cuantificable, para que pueda ser medido.
- Flexible, capaz de adaptarse a cambios y situaciones imprevisibles.
- Aceptable por el cliente, que será el que finalmente “juzgue lo acertado o no” del criterio de calidad.

## **ESTÁNDAR**

Según la Real Academia Española, “estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia”. Los estándares de calidad determinan las condiciones de-

seables que deben cumplir los servicios para que éstos sean aceptados “como la línea de base de la buena práctica”. Un estándar de calidad es aquel que reúne los requisitos mínimos en busca de la excelencia dentro de una organización institucional. Un estándar se define como el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad y define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso. Los estándares de calidad determinan el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador: Si el valor del indicador se encuentra dentro del rango significa que se cumple con un criterio de calidad previamente definido. Por lo tanto, el estándar determina el mínimo nivel que comprometería la calidad de un producto o proceso: por debajo del estándar, éstos no reúnen calidad suficiente.

### **EXCELENCIA**

Según la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), el desarrollo de las personas es uno de los elementos clave para alcanzar la excelencia en las organizaciones, entendiendo por excelencia maximizar la contribución de los empleados a través de su desarrollo e implicación. Esto significa, que las organizaciones excelentes son aquellas que identifican y comprenden las competencias necesarias para el adecuado desempeño en un puesto de trabajo, desarrollando profesionalmente a sus trabajadores, fomentando y apoyando el desarrollo personal de los mismos, permitiendo a las personas hacer realidad y desarrollar su pleno potencial.

### **INDICADOR**

Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades. Expresa la información como un suceso o una ratio (índice) de sucesos. Un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades; es decir: la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios.

Los indicadores de calidad se construyen a partir de la experiencia y del conocimiento, y deben cumplir los siguientes criterios:

- Ser fáciles de capturar y permitir su seguimiento o monitorización de forma sencilla.
- Estar enunciados con objetividad y de la forma más sencilla posible.
- Resultar relevantes para la toma de decisiones.
- No implicar un elevado grado de dificultad en su interpretación.
- Abarcar un amplio número de posibilidades.

### **SIAGC**

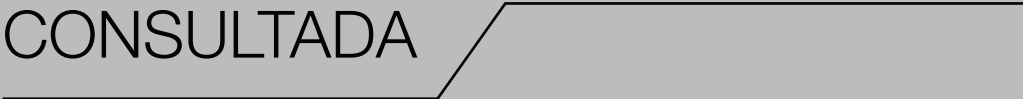
Sistema de Información y seguimiento de los acuerdos de gestión clínica.

### **SIEPES**

Sistema de Información de la Empresa Pública de Emergencias Sanitaria.



BIBLIOGRAFÍA Y  
DOCUMENTACIÓN  
CONSULTADA

A decorative line graphic consisting of a horizontal line that starts under the word 'CONSULTADA', extends to the right, then turns diagonally upwards and to the right, and finally turns horizontally to the right again, extending towards the right edge of the page.

1. Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 128 de 29/05/2003. Sec 1. p. 20567-20588.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE 280 de 22/11/2003.
3. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOJA 74, de 4/07/1998 y BOE 185 de 4/08/1998.
4. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. BOJA 88, de 07/05/2010.
5. Ley 12/2007 de 26 de noviembre para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. BOJA 247, de 18/12/2007.
6. Ley 2/1994, de 24 de marzo, de creación de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, BOJA 41, de 29/03/1994 y el Decreto 88/1994, de 14 de abril, de constitución de la Empresa de Emergencias Sanitarias y de aprobación de sus Estatutos. BOJA 54, de 23/04/1994.
7. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas. BOJA 52, de 4 mayo de 2002.
8. Resolución SC 6/94, de 15 de Marzo, sobre Creación del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud.
9. Resolución SC 21/95, de 31 de Julio, sobre Organización y Funcionamiento del Transporte Sanitario del Servicio Andaluz de Salud.
10. Resolución SC 1/97, de 13 de Enero, sobre Creación de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en los Distritos de Atención Primaria de Salud del Servicio Andaluz de Salud.
11. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2010. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>
12. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2007. Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/> Plan Nacional de Cuidados Paliativos.
13. Informes, Estudios e Investigación. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid 2010. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.msc.es/organizacion/sps/plancalidadSNS>
14. I Plan de Calidad 2000-2004. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/>
15. II Plan de Calidad 2005-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/>
16. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/>

17. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. <http://www.sas.junta-andalucia.es/>
18. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
19. Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor 2010-2013. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
20. Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad 2007-2012. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
21. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
22. Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud 2006-2010. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
23. Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público Andaluz 2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
24. Plan Andaluz de Atención al Ictus 2011-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
25. Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo: PLACA 2008. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.sas.junta-andalucia.es/>
26. Estrategia para la Seguridad del Paciente 2011-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/>
27. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público Andaluz 2011-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud>
28. Plan funcional de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias 2.000. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.sas.junta-andalucia.es/>
29. Plan funcional de la sección de urgencias del servicio de cuidados críticos y urgencias. 2.000. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.sas.junta-andalucia.es/>
30. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. 2ª Edición. 2009. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/>
31. Guía de práctica clínica de seguridad del paciente 2011. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.epes.es/anexos/publicacion/>
32. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias 2011. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.sas.junta-andalucia.es/>

33. Los servicios de emergencias y urgencias médicas en España 2011. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.epes.es/anexos/publicacion/>
34. Traslado de Enfermos Críticos: Protocolos de Transporte Secundario y Primario 2001. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.sas.junta-andalucia.es/>
35. Traslado secundario en unidades de SVA por enfermería 2011. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.sas.junta-andalucia.es/>
36. Tarjeta + Cuidado. [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/dependencia/tarjeta\\_mas\\_cuidado?perfil=ciud&desplegar=&idioma=es&contenido=/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/dependencia/tarjeta\\_mas\\_cuidado](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/dependencia/tarjeta_mas_cuidado?perfil=ciud&desplegar=&idioma=es&contenido=/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/dependencia/tarjeta_mas_cuidado)
37. Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2004. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas\\_de\\_acreditacion/centros/programas\\_de\\_acreditacion/](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/centros/programas_de_acreditacion/)
38. Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica. Manual de Estándares 2010. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas\\_de\\_acreditacion/centros/programas\\_de\\_acreditacion/](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/centros/programas_de_acreditacion/)
39. Manual de Competencias del/de la Médico/a de los equipos y/o centros de coordinación de emergencias sanitarias. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas\\_de\\_acreditacion/profesionales/](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/profesionales/)
40. Manual de Competencias del/de la Médico/a de Urgencias y Emergencias 2007. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas\\_de\\_acreditacion/profesionales/](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/profesionales/)
41. Manual de la/del Enfermera/o de Emergencias y Urgencias Extrahospitalarias 2007. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas\\_de\\_acreditacion/profesionales/](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/profesionales/)
42. Manual de Competencias de la/del Enfermera/o de Atención Hospitalaria: hospitalización y cuidados especiales. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas\\_de\\_acreditacion/profesionales/](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/profesionales/)

43. Manual de Competencias del/de la Médico/a Intensivista y de Cuidados Críticos. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas\\_de\\_acreditacion/profesionales/](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/profesionales/)
44. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. Grupo de Trabajo SEMES. Emergencias 2001; 13:60-65.
45. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Tomás S, Saura RM, Duñol R. Servicios de Urgencias; indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Agencia de Evaluación de Tecnología y Recursos Médicos del Servei Català de la Salut, Sociedad Catalana de Medicina de Urgencia y Fundación Avedis Donabedian. Abril 2001. <http://www.gencat.cat/salut/depsan>
46. International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). <http://www.erc.edu/index.php/ilcor/en>
47. Committee on trauma. American College of Surgeons. <http://www.facs.org/trauma/atls/index.html>
48. Grupo de trabajo SEMES-INSALUD de Calidad en Urgencias y Emergencias. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. Emergencias 2001;13:60-65.
49. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Fundació Avedis Donabedian. Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. 1ª Ed. Madrid. 2005.
50. Roca Guiseris, Juan y Ruiz Moreno, Javier. Gestión estratégica en medicina intensiva. 1ª ed. Edika-Med, S.L. Madrid, 2006.
51. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organitations. Manual de Acreditación para Hospitales 1996. 1ª Ed. SG editors y Fundació Avedis Donabedian. Barcelona 1995.
52. Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. 1ª Ed. Edicomplet SA.









