

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias



4ª Edición - 2019

Sistemas de Acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias

CRITERIOS ACREDITACION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES

AUTORES

Luis López-Andújar Aguiriano

Médico Coordinador del Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante.

Joaquín Fernández-Valderrama Benavides

Coordinador de Urgencias. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro.

Martín Tejedor Fernández

Médico. Jefe de Servicio de Calidad. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Javier Millán Soria

Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia.

M^a Jesús Preciado Barahona

Enfermera. Supervisora Servicio de Urgencias Hospital de Donostia.

Javier Benito Fernández

Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia. Grupo Calidad SEUP

ASESOR

Carlos Luaces Cubells

Médico. Jefe Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona. Grupo Calidad SEUP

REVISORES

Sonia Jiménez Hernández. Subsecretaría de Seguridad Clínica de SEMES. Servicio de Urgencias Hospital Clínic de Barcelona

Carlos Bibiano Guillén. Subsecretaría de Gestión de SEMES. Servicio de Urgencias Hospital Infanta Leonor de Madrid.

Mariola García Sánchez. Subsecretaría de calidad de SEMES. Servicio de Urgencias Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Chelo Lozano. Gabinete de Comunicación de SEMES

INDICE

	Página
Nota de los autores	4
Introducción y antecedentes	5
Sistemas de acreditación de los servicios sanitarios	6
Acreditación de centros sanitarios en España. Soporte legislativo	7
Objeto y campo de aplicación	9
Organismo de acreditación	10
Tipos de acreditación	16
Proceso de acreditación	17
Apelación	21
Estándares o criterios de acreditación	
Apartado A. Requisitos generales	25
Apartado B. Recursos	28
Apartado C. Organización funcional y procesos	56
Apartado D. Programa de calidad	80
Apartado E. Resultados	88
Apartado F. Otros aspectos	109
Abreviaturas	110
Documentación consultada	111
Anexo 1: Modelo de solicitud de acreditación inicial	115
Anexo 2: Glosario de términos	116

Nota de los autores

Ha pasado ya más una década desde que se publicó la primera versión de los estándares de acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales. Con prudencia, quizás pueda afirmarse que el proyecto está ya maduro.

Durante todo el tiempo transcurrido desde aquella experiencia inicial, el manual ha sido utilizado por muchas instituciones públicas y privadas y por profesionales para la planificación, el diseño o la mejora de los Servicios en Urgencias en España. También ha sido una herramienta empleada en la formación, muy especialmente en la dirigida a la gestión clínica.

Un grupo de hospitales españoles relativamente amplio ha sometido a sus respectivos Servicios de Urgencias a una evaluación externa realizada por profesionales expertos de SEMES y gozan del reconocimiento que supone la acreditación por una Sociedad Científica, llevada a cabo de una forma objetiva, rigurosa e independiente.

Ha sido el tesón y la constancia de muchos profesionales lo que ha hecho que hayamos llegado hasta aquí, para disponer de un instrumento de mejora que es único en toda Europa, cuyo uso está permitiendo homogeneizar la estructura y el funcionamiento de los Servicios de Urgencias de Hospitales españoles y que va a permitir identificar cuáles son aquellos que, evaluados con criterios objetivos, disponen del soporte necesario para la formación de médicos y de enfermeras especialistas en Medicina de Urgencia.

El presente Manual incorpora mejoras y ampliaciones que afectan a los requisitos estructurales. También se ha hecho un gran esfuerzo por mejorar las guías, con objeto de facilitar la interpretación de las exigencias contenidas en cada uno de los estándares a los solicitantes de la acreditación.

Pero donde se ha profundizado más y muy especialmente ha sido en el apartado que se ocupa de lo que hoy constituyen los paradigmas actuales de Calidad y Seguridad del paciente, lo que permitirá a los Servicios obtener unos mejores resultados clínicos en beneficio de los pacientes, nuestra razón de ser, y de los profesionales, nosotros, que les atendemos.

En un momento como el presente en el que de nuevo altas instituciones del Estado como la de los Defensores del Pueblo Español y de distintas Comunidades Autónomas han mostrado su interés por la mejora de los Servicios de Urgencias, SEMES aporta una herramienta, útil y validada en la práctica, para orientar los cambios que pueden precisarse para la mejora de la asistencia sanitaria a los ciudadanos.

Gracias a todos los profesionales que han ayudado para que esta 4ª edición del Manual sea una realidad.

Manual de acreditación

INTRODUCCIÓN

La calidad es considerada hoy una variable estratégica por la mayoría de las empresas, instituciones públicas y organizaciones en general. Hasta tal punto es así, que se acepta que la supervivencia de aquellas en el mercado está directamente relacionada con su capacidad para competir en calidad.

Los profesionales de los Servicios de Salud tienen una responsabilidad que va más allá de las cuestiones económicas ya que, por la naturaleza misma del tipo de trabajo que realizan, la calidad es una exigencia ética.

ANTECEDENTES

El objetivo 31 de “Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa indicaba que en el año 2000 deberían existir estructuras y procesos en todos los Estados miembros para *garantizar la mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria*.

El Consejo de Ministros de Europa adoptó el 30 de septiembre de 1997 una recomendación sobre el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los Servicios de Salud que recogía, entre otros aspectos, que los *sistemas de calidad deberán ser objeto de control público bajo la forma de una evaluación externa objetiva realizada por organismos independientes*.

La Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud alude en su recomendación, aprobada por el Pleno del Congreso de los Diputados el 18 de diciembre de 1997, a la necesidad de impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia a través de *un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado en el seno del Consejo Interterritorial*.

Aún hoy, después de la primera edición publicada por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) del *Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales*, no se ha establecido un sistema nacional de acreditación de servicios de salud en España. Entre los factores que dificultan su desarrollo, el más determinante puede estar en las características del modelo sanitario español, en el que no están totalmente diferenciadas las funciones de financiación y cobertura de las de provisión de la asistencia sanitaria.

El desarrollo experimentado por nuestro sistema sanitario, las reformas introducidas (Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y la transferencia de las competencias sanitarias desde el INSALUD a todas las Comunidades Autónomas) y los retos que se plantean actualmente con la mayor autonomía de gestión, facturación entre Comunidades y competencia entre los centros sanitarios, así como el mayor protagonismo de los profesionales y la integración de España en la Unión Europea, hacen de la acreditación una herramienta imprescindible.

En este contexto, el mantenimiento de un sistema de acreditación puede jugar un papel importante como elemento de información en la toma de decisiones, tanto de las Administraciones Sanitarias como de los profesionales y usuarios de los Servicios.

En cualquier caso, *el consenso y la participación* de los profesionales deben ser los elementos esenciales sobre los que gire cualquier iniciativa de acreditación.

Hay una serie de premisas en que se fundamentan los sistemas existentes en el mundo en las que SEMES ha basado el desarrollo del suyo propio:

- La acreditación es voluntaria.
- Hay un órgano independiente con credibilidad y capacidad de generar consenso encargado de la elaboración de criterios de calidad y de la emisión del dictamen oportuno.
- El proceso de verificación (auditoria o inspección) es externo.

En la revisión de textos legales como la Ley General de Sanidad, normativa reguladora de Servicios Concertados, Leyes de creación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas..., se observa que los términos acreditación, autorización, homologación e inspección se utilizan con frecuencia indistintamente, provocando cierta confusión, por lo que es importante señalar las diferencias esenciales:

- **Acreditación**: es hacer digna de crédito alguna cosa o probar su certeza. Es voluntaria, su finalidad es incentivadora y su objetivo es la mejora de la calidad. Los criterios de medición son óptimos. Se realiza a un centro sanitario que ya dispone de la autorización administrativa de la Comunidad Autónoma correspondiente para llevar a cabo una actividad determinada y, por tanto, que está ya en funcionamiento.
- **Autorización**: significa dar a alguien la facultad para hacer alguna cosa. Es obligatoria, se realiza siempre de forma previa a la apertura de un determinado programa y por tanto su finalidad es legalizadora, es decir verificar que se cumplen los criterios mínimos que exige la normativa antes de conceder la autorización para comenzar a realizar una actividad determinada.
- **Inspección**: es examinar, reconocer atentamente una cosa, velar por ella. Es obligatoria, se realiza para obtener un control y su finalidad es fiscalizadora, es decir, que su objetivo es comprobar el cumplimiento de los criterios que exige la normativa una vez abierto un programa.
- **Homologación**: supone contrastar por una autoridad el cumplimiento de determinadas especificaciones o características. Puede ser voluntaria u obligatoria. Su objetivo es garantizar que un producto cumple especificaciones previamente definidas. Su finalidad es homogeneizadora. Los criterios para medir son mínimos. Puede estar en funcionamiento o no.

La mayoría de los países que disponen de sistemas de acreditación, los han desarrollado básicamente para hospitales y dirigidos fundamentalmente a la acreditación de Centros Sanitarios, pero no a Unidades Funcionales o Servicios.

SISTEMAS DE ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los sistemas de acreditación externa de las organizaciones sanitarias se originaron por la necesidad de los profesionales de establecer mecanismos efectivos para garantizar niveles de calidad asistencial. La referencia más antigua es la de los Criterios Mínimos del Colegio Americano de Cirujanos de 1917. En 1951 otras Asociaciones Profesionales se sumaron a la iniciativa de los cirujanos y se constituyó la Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Desde entonces esta institución ha venido desarrollando estándares y procedimientos de auditoría que han sido referentes para los modelos sanitarios de acreditación en el mundo. Hay que señalar, sin embargo, que otros modelos con carácter más industrial, se han adaptado a las normativas sanitarias y han sido bien acogidos en el sector hasta tal punto que lideran en número su aplicación en servicios de salud. Concretamente el modelo de certificación de International Standard Organization (ISO) y el de la European

Foundation for Quality Management (EFQM).

La acreditación es un proceso al que se adhieren los centros voluntariamente; sin embargo, en algunos países, es un requisito previo para realizar determinadas actuaciones, como en los Estados Unidos, donde es imprescindible para concertar con la Administración Sanitaria Pública y con las entidades aseguradoras o en Canadá, donde se exige para autorizar al hospital a impartir docencia.

El procedimiento seguido en países como los Estados Unidos, Canadá, Australia y el Reino Unido presenta grandes similitudes. En todos ellos existe un organismo independiente que elabora los estándares y realiza el proceso de acreditación. Este organismo se financia con las cantidades que cobran a los hospitales para ser auditados. En el caso de Canadá, los centros pagan una cuota anual, además. En Australia no se autofinancia totalmente y recibe cantidades del Gobierno y de Fundaciones. En el Comité Acreditador hay representación de los profesionales y de los consumidores.

Los estándares que se han venido aplicando en los sistemas de acreditación en estos países estaban dirigidos a la estructura y al proceso, por la dificultad para definir el resultado de los servicios sanitarios. En la actualidad, la tendencia clara es a centrarse principalmente en los procesos (de gestión y asistenciales) y en los resultados, haciendo énfasis en la perspectiva del paciente.

Los servicios sanitarios que solicitan la acreditación llevan previamente a cabo una autoevaluación que posteriormente es comprobada por medio de una evaluación o auditoría externa. Todo ello siguiendo unas guías de evaluación previamente diseñadas y homogéneas para todos.

La composición del equipo auditor suele ser multidisciplinar; no hay grandes diferencias y, salvo en los Estados Unidos, donde las personas encargadas de la evaluación pertenecen a la Joint Commission, los restantes países han optado porque sean los propios profesionales sanitarios quienes auditen a otros centros. En todos estos sistemas las auditorías las realizan personas profesionalmente cualificadas y consideradas competentes por su experiencia para evaluar la calidad de los centros que auditan.

En cuanto a los resultados de la acreditación, excepto el King's Fund en el Reino Unido que no extiende una certificación sino que da un informe al hospital con recomendaciones, en los restantes países se conceden certificados de acreditación por un tiempo, generalmente tanto más largo cuanto mejor es la situación del hospital, acompañado de las recomendaciones que se estiman precisas para la mejora del centro.

Actualmente los sistemas de acreditación están evolucionando en el sentido de hacer accesibles al público los resultados sobre la calidad de la asistencia sanitaria prestada y se han iniciado nuevas líneas de trabajo mediante las que se intentan incluir indicadores clínicos en el proceso de acreditación para lograr una mayor implicación de los profesionales en la mejora de la calidad e intentar buscar formas satisfactorias de comparación entre hospitales.

ACREDITACIÓN DE CENTROS SANITARIOS EN ESPAÑA. SOPORTE LEGISLATIVO.

En España, la Ley General de Sanidad y otras Normas prevén acreditaciones de ámbito estatal y responsabilidad de la Administración Sanitaria, en las siguientes áreas:

- **Acreditación docente.** Se lleva a cabo por los Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el de Educación, Cultura y Deporte, existiendo un Comité Acreditador dependiente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas.
- **Extracción y trasplante de órganos.** La Ley sobre Extracción y Trasplante de Órganos atribuye competencias al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para la acreditación de centros y servicios. La Organización Nacional de Trasplantes desarrolló en su día un sistema de acreditación específico para Programas de trasplantes.
- **Acreditación de servicios de referencia.** Contemplado en el artículo 15.2 de la Ley General de Sanidad.

Hay numerosas experiencias en España de Centros sanitarios y Servicios que han alcanzado la certificación por el modelo de la International Standards Organization (ISO) basado en la Norma ISO 9000 u hospitales que han conseguido la acreditación por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) o han sido evaluados según el Modelo Europeo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM).

Pese a que prácticamente todas las Comunidades Autónomas españolas han desarrollado mecanismos para fomentar la acreditación de sus centros, con la intención de poder cumplir con las recomendaciones que hoy en día se recogen claramente en nuestra legislación y que lógicamente indican el camino de la excelencia ansiado por todo centro u organización sanitaria, el número de servicios o centros sanitarios aún es escaso.

Destacan los desarrollos más específicos que se citan a continuación:

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es una fundación pública adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Ha desarrollado unos programas y manuales de acreditación. Disponibles en:

https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/manuales_certificacio_n/

Realiza a través de los equipos de evaluadores de la propia Agencia, una evaluación externa. En 2015 ha publicado un Manual de Estándares específico para la acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias. Está disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual_Estandares_Urgencias_Emergencias_ME261_01.pdf

El sistema de acreditación en Cataluña está regulado por Ley. Se realiza una evaluación de los estándares publicados previamente y divulgados también en su página web www.gencat.net y se realiza una evaluación externa a través de entidades ajenas a la administración pero que previamente han sido acreditadas por ésta. Los criterios incluyen algunos referidos a la asistencia urgente.

En la Comunidad Valenciana, la Generalitat Valenciana impulsó en 2002 el desarrollo de una institución específica: El Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS), manteniendo una participación de la administración pública a través de su Consejo de Dirección, aunque imprimiéndole un carácter de independencia mediante la elaboración de sus estándares de forma muy participativa con las sociedades científicas. Llegó a editar con la colaboración de SEMES un Manual específico para Servicios de Urgencias de Hospitales (2010). Este proyecto no se pudo mantener en el tiempo, aunque se llevó a cabo la evaluación y acreditación de un Servicio de Urgencias en un Hospital de la Comunidad Valenciana.

En Galicia se estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, desde la propia administración sanitaria, que hace referencia a las unidades de urgencias de hospitales señalando unos requisitos para el área de urgencias acordes con la complejidad de los servicios que ofrece el hospital.

En Extremadura existe un sistema de acreditación propio desde 2005, basado en el modelo EFQM, dependiente de la Consejería de Sanidad de modo similar al de Andalucía.

En cuanto a los Servicios de Urgencias de los hospitales, han sido muy escasas las acreditaciones y la práctica totalidad ha sido llevada a cabo hasta ahora por el sistema de Acreditación diseñado por la SEMES. Desde 2004 son ya una decena de Servicios de Urgencias a los que se les ha otorgado la acreditación, o están en el proceso de alcanzarla, de esta Sociedad científica, así como a dos Servicios de Emergencias.

Parece no sólo útil, sino imprescindible, que una Sociedad científica pueda generar un sistema de acreditación del área en las que es considerada experta. Las primeras en iniciar esta experiencia fueron, hace ya más de tres décadas, la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia y la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea.

Al ejemplo anterior le han seguido programas de acreditación que se aplican en mayor o menor grado por las Sociedades científicas españolas de Medicina de Urgencias y Emergencias, Inmunología Clínica, Medicina Intensiva, Cirugía Cardíaca, Cirugía Mayor Ambulatoria, Farmacia Hospitalaria, Ginecología y Obstetricia, Neurología, Urgencias Pediátricas y la Asociación Española de Estudios del Hígado, entre otras.

OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

En los Servicios de Urgencias y Emergencias sanitarias, la experiencia de certificación por modelos internacionales sigue siendo muy reducida en el momento actual, aunque las primeras iniciativas, como las de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía datan de 1997 por ISO. Esto no sólo ocurre en nuestro país, sino en el entorno internacional.

SEMES tiene entre sus objetivos fundacionales el de promover la calidad de la asistencia, en busca de la excelencia. Por este motivo y consciente de la importancia del tema, la Junta Directiva tomó la iniciativa en 2004 de patrocinar el diseño, desarrollo y ejecución práctica de un Sistema específico de Acreditación de Centros y Servicios de Urgencias y Emergencias para toda España.

El Sistema de Acreditación desarrollado alcanza, por tanto, a Servicios de Urgencias de Hospitales y Servicios de Emergencias y su objetivo es el de *promover la calidad asistencial*.

Cuando, en un futuro próximo, el Ministerio de Sanidad incluya a la Medicina de Urgencias y Emergencias en el catálogo de especialidades médicas, el sistema de acreditación creado será el soporte básico para las auditorías docentes que habitualmente se llevan a cabo desde la Comisión Nacional de Especialidades. No obstante, SEMES dispone ya de un documento específico donde se recogen los estándares de acreditación de Unidades Docentes, elaborado por la Secretaría de Formación.

Para su implantación en España el sistema de acreditación ha sido consensuado e impulsado por el Consejo de Dirección y la Junta Directiva de SEMES. Tanto los requisitos como el procedimiento de acreditación son *homogéneos* para todo el territorio español con la finalidad de obtener la imprescindible *comparabilidad* y el número suficiente de centros sanitarios que haga posible su *validación, evaluación y actualización de forma continuada*.

Los principios o fundamentos en los que se sustenta el modelo son:

- Voluntariedad por parte del Centro sanitario para acceder a la acreditación.
- Credibilidad y objetividad del proceso.
- Adecuación de los requisitos del sistema (criterios, procedimientos de evaluación, resultado, etc.) a la realidad sanitaria de nuestro país.
- Independencia, credibilidad y capacidad de generar consenso del Órgano acreditador.

La implantación efectiva del sistema ha requerido por un lado del apoyo de los *profesionales sanitarios*, al ser estos los que realizan la prestación de los servicios sanitarios y, por otro, de las *Administraciones Sanitarias* respectivas, que son las responsables de garantizar a los ciudadanos la calidad de la asistencia.

Como cualquier otro, el Sistema de Acreditación tiene, por tanto, tres elementos fundamentales:

- Un Organismo Acreditador: SEMES.
- Un Manual de Criterios, que incluye los requisitos para obtener la acreditación en cada tipo de Servicio.
- Un proceso de evaluación.

En la elaboración de los criterios del Sistema de Acreditación se han tenido en cuenta los requisitos de otras entidades como Sociedades Científicas o Fundaciones que han hecho aportaciones en este tema. De igual modo, los criterios son respetuosos y se subordinan a las regulaciones administrativas de las distintas Administraciones Públicas del Estado Español y de sus Comunidades Autónomas, así como de los países miembros de la Unión Europea.

ORGANISMO DE ACREDITACIÓN

Estructura organizativa:

El sistema de acreditación se estructura dentro de SEMES. La Junta Directiva ejerce la máxima autoridad tanto en las decisiones estratégicas, como en cualquier situación en la que considere conveniente intervenir. Su estructura organizativa se basa en la existencia de:

1. Una Unidad Central de Acreditación.
2. Un Comité de Acreditación.
3. Grupos de Trabajo establecidos para cada programa específico de acreditación.
4. Cartera de evaluadores

1.- UNIDAD CENTRAL DE ACREDITACIÓN

El departamento de SEMES que se ocupa de toda la actividad administrativa en materia de acreditación es la Unidad Central de Acreditación.

Está ubicada en la sede de SEMES en Madrid.

Composición:

La Unidad Central de Acreditación está constituida inicialmente por:

- Un administrativo que actúa de secretario.
- Un miembro de SEMES que actúa como responsable de la Unidad de Acreditación.

El responsable de la Unidad de Acreditación depende directamente de la Secretaría de Acreditación, Calidad y Gestión Clínica y, a través de ella, de la Vicepresidencia 1ª de SEMES.

Funciones:

- Gestiona las solicitudes de acreditación de los servicios sanitarios interesados.
- Coordina de forma operativa las auditorías de los servicios sanitarios que soliciten su acreditación y participa directamente en su realización, cuando así estime necesario.
- Mantiene el registro de evaluadores disponibles para cada programa.
- Designa el equipo evaluador en cada caso de entre el total de evaluadores disponibles y elegibles siguiendo las directrices establecidas por el grupo de trabajo correspondiente y a uno de sus miembros como responsable del equipo evaluador.
- Dispone de una cartera de asesores para que acompañen durante el trabajo de campo o ayuden en lo que se les demande a los equipos de auditores, cuando éstos lo soliciten.
- Revisa los informes que elevan los equipos de evaluación sobre las auditorías realizadas.
- Coordina la actividad del Comité de Acreditación y de los Grupos de Trabajo específicos.
- Coordina su actividad con la de otras entidades de acreditación nacionales que estén trabajando en este campo y en caso de considerarse oportuno, con otras internacionales.
- Promueve, planifica y organiza Cursos de Formación de Evaluadores, así como actividades relacionadas con la acreditación y con la mejora de la calidad asistencial.

- Actualiza sistemáticamente la bibliografía específica sobre Acreditación de Centros y Servicios Sanitarios y la pone a disposición de las personas y profesionales interesados.
- Participa en actividades científicas, de investigación y de docencia en este campo, que tengan lugar tanto en España, como en Foros Internacionales.
- Mantiene permanentemente actualizado el Registro de Servicios sanitarios acreditados y en proceso de acreditación.
- Informa puntualmente de las actividades llevadas a cabo a la Vicepresidencia 1ª de SEMES.
- Otras funciones que la Junta Directiva de la SEMES considere oportunas.

2.- COMITE DE ACREDITACIÓN

El Comité de Acreditación tiene como principales cometidos el refrendar las normas generales a seguir en el proceso de acreditación, la ratificación de los informes de los evaluadores y la de dirimir en última instancia, de forma transparente e independiente, en los desacuerdos que puedan surgir durante el proceso de acreditación.

Composición

El Comité de Acreditación, está constituido por:

- El Presidente de la SEMES
- El Vicepresidente 1º de SEMES.
- El Secretario de Acreditación, Calidad y Gestión Clínica.
- El responsable de la Unidad Central de Acreditación.
- Cuando es necesario, un experto en sistemas de calidad y acreditación de Servicios sanitarios que actúa con voz, pero sin voto.

El responsable de la Unidad Central de Acreditación hace la función de secretario del Comité.

Funciones

- Revisión, mantenimiento, actualización y modificación cuando sea necesario, del Manual de Acreditación para asegurar su eficacia, imparcialidad y transparencia.
- Ratificación del Manual de Estándares existente para cada Programa específico, una vez aprobado por el Grupo de Trabajo correspondiente.
- Mantenimiento de la homogeneización del sistema en aquellos aspectos en los que técnicamente sea aconsejable en todos los tipos Programas.
- Ratificación de las propuestas de la Unidad Central de Acreditación.

- Conocimiento y aprobación de las líneas generales de actuación de la de la Unidad Central de Acreditación.
- Pronunciamiento ante situaciones difíciles o conflictivas, cuando así lo indique la Junta Directiva de SEMES.
- Dirime en caso de apelaciones de los responsables de los Servicios Sanitarios, por desacuerdo con decisiones de acreditación.
- Otros asuntos, por indicación de la Junta Directiva de SEMES.

Funcionamiento del Comité de Acreditación en las tareas específicas:

El funcionamiento del Comité de Acreditación en las tareas específicas es básicamente el siguiente:

1. Ratificación de los informes finales de acreditación de los Servicios solicitantes. El Secretario remitirá al Comité, el informe final de acreditación del Servicio para su evaluación y aprobación.
 - a) Pronunciamiento en casos de apelaciones por parte del Servicio solicitante: El Secretario remitirá al Comité toda la documentación al respecto, así como el informe de apelación del Servicio solicitante. El Comité de Acreditación podrá solicitar, además, otros informes a los organismos y expertos que considere oportunos. El Comité de Acreditación evaluará la apelación y decidirá la aceptación o no de la misma, informándose por escrito al Servicio solicitante y a la Secretaria de Acreditación. Los posibles casos de apelación son los siguientes: *Cuando la solicitud inicial de acreditación sea denegada* por la Secretaria de Acreditación y exista una reclamación por parte del Servicio solicitante.
 - b) *En caso de objeciones con respecto al equipo de evaluación designado.* El Servicio correspondiente enviará un informe al Comité de Acreditación acerca de las causas del desacuerdo.
 - c) *En el caso de objeciones por parte del Servicio solicitante con respecto al informe final de acreditación:*
 - El Servicio solicitante enviará un escrito al Comité de Acreditación, explicando las razones de su desacuerdo. Este escrito debe ser remitido en los 14 días siguientes a la recepción del informe resumen de la evaluación.
 - El Comité de Acreditación, analizará el informe de apelación del Servicio solicitante, pudiendo finalmente acordar lo siguiente:
 - La apelación es aceptada, para lo cual remitirá un informe al Servicio solicitante informándole de ello.

- La apelación es denegada. El Comité de Acreditación remitirá un informe al Servicio solicitante en el que se justifique el motivo.
- La apelación necesita de una reevaluación. En este caso, una vez realizada la reevaluación correspondiente, el Comité de Acreditación informará de manera justificada al Servicio solicitante si la apelación es aceptada o denegada.

El informe que emita el Comité de Acreditación sobre una apelación determinada de un Servicio se considerará como definitivo, no admitiéndose nuevas apelaciones sobre la misma cuestión.

- d) *En los casos de suspensión de la acreditación de un Servicio.* Por consenso, el Comité de Acreditación puede anular la acreditación de un Servicio basándose en la aparición de un suceso de suficiente relevancia.
2. Pronunciamiento en el caso de situaciones difíciles o conflictivas. Este se realizará a través de un informe escrito y ratificado por todo el Comité de Acreditación o bien, si se considera necesario, tras una convocatoria extraordinaria del Comité para su valoración.
 3. Revisión anual y en su caso ratificación de las normas generales de actuación en el proceso de acreditación. Para ello, el Comité de Acreditación designará un grupo de trabajo que revisará y en su caso actualizará anualmente estas normas, las cuales luego serán sometidas al Comité para su eventual aprobación.

Dependencia

El Comité de Acreditación depende de la Junta Directiva a quien debe dar puntual cuenta de todas sus acciones.

Desarrollo de las reuniones:

1. *Periodicidad de las reuniones:*

Las reuniones del Comité de Acreditación de carácter extraordinario serán convocadas por el Secretario del Comité a instancias del Presidente del mismo, cuando existan asuntos de suficiente entidad que lo justifiquen.

Este Comité se reunirá de forma preceptiva un mínimo de una vez al año en convocatoria ordinaria.

2. *Asistencia:*

Las reuniones del Comité de Acreditación se establecerán siempre con la asistencia de al menos la mitad más uno de sus integrantes.

Renovación del Comité:

Los vocales del Comité de Acreditación serán renovados cada vez que se renueve la composición de la Secretaría de Calidad, Acreditación y Gestión Clínica.

3.- GRUPOS DE TRABAJO

Los Grupos de Trabajo de cada programa específico dan el apoyo técnico necesario al Sistema de Acreditación. Sus labores fundamentales son la actualización periódica de las guías de acreditación, la revisión de los informe es de acreditación de los Servicios ya evaluados y la formación de auditores.

Existirá un Grupo de Trabajo por cada tipo de Programa de acreditación.

Composición

- Coordinador de grupo.
- 5-7 expertos, designados por el coordinador de grupo. Su selección se basará en la especialización documentada y el interés profesional para la tarea. Se recomienda la participación multidisciplinar dependiendo del programa.

Cada miembro del Grupo de Trabajo reunirá los requisitos para ser evaluador según se especifica más adelante, en por lo menos una de las dos categorías: Urgencias de Hospitales y Emergencias.

Funciones:

- Actualización permanente de los Criterios de Acreditación del programa específico del que es responsable cada Grupo de Trabajo.
- Revisión, junto con la Secretaria de Acreditación, de los informes que eleven los equipos de evaluadores como resultado de una inspección y elaboración de las recomendaciones de acreditación basadas en los mismos.
- Planificación y definición de los contenidos de los Cursos de Formación de auditores, sesiones de auto-formación y materias docentes que sean convenientes para el funcionamiento del Sistema de Acreditación.
- Establecer los criterios de selección y designación de equipos de evaluadores para los diferentes casos que puedan presentar y realizar el registro y listado.
- Otras funciones que puedan asignarles tanto el Comité de Acreditación como la Secretaría de Calidad, Acreditación y Gestión Clínica.

Criterios de funcionamiento

Cada Grupo de Trabajo funciona de acuerdo a sus características específicas, tipo de programa e integrantes, pero posee unas normas básicas de funcionamiento, iguales para todos ellos, que son las siguientes:

1. Revisión y actualización bianual de los Estándares de Acreditación específicos del Programa del que es responsable el grupo. Una vez actualizados serán ratificados por el Comité de Acreditación y remitidos a los miembros de SEMES para su difusión.
2. Planificación y definición de los contenidos de los cursos de formación de evaluadores, sesiones de auto-formación y materias docentes que sean convenientes para el funcionamiento del Sistema de Acreditación.
3. Establecimiento de criterios de selección y nombramiento de equipos de evaluadores, así como el mantenimiento del listado de estos a disposición de la Secretaría de Acreditación.
4. Pronunciamiento en el caso de apelaciones por parte de los servicios. La Secretaría de Acreditación enviará el informe de acreditación correspondiente, así como el de apelación realizado por el Servicio solicitante. El Grupo de Trabajo deberá realizar un informe antes de ser evaluado por el Comité de Acreditación.

Dependencia

Los diferentes Grupos de Trabajo dependen de la Secretaría de Calidad, Acreditación y Gestión Clínica. Deben dar puntualmente cuenta de todas sus acciones a la Secretaría y a la Junta Directiva.

Desarrollo de las reuniones:

1. Periodicidad de las reuniones:

Las reuniones del Grupo de Trabajo serán convocadas por Coordinador del Grupo cuando existan asuntos de suficiente entidad que lo justifiquen.

2. Asistencia:

Las reuniones de los Grupos de Trabajo se establecerán siempre con la asistencia de al menos la mitad más uno de sus integrantes.

Renovación de los Grupos de Trabajo

La composición de los Grupos de Trabajo se renovará cuando lo considere conveniente el responsable de la Secretaría de Calidad, Acreditación y Gestión Clínica.

4.- EQUIPOS DE EVALUACIÓN

La composición y cualificación de los equipos de evaluación dependerá del programa específico sujeto a la acreditación.

Funciones y obligaciones:

- Realización de las auditorías de los Servicios, cuando así se les solicite.
- Mantener la confidencialidad sobre los datos obtenidos de un determinado Servicio durante y después del proceso de evaluación.
- Observar la imparcialidad necesaria para realizar de forma satisfactoria la evaluación de los Servicios.
- Participar en los cursos de formación de evaluadores.
- Colaborar activamente en la formación de los nuevos evaluadores que se encuentren en período de obtención de la capacitación y que acompañen a los evaluadores durante el proceso de auditoría de un Servicio.

TIPOS DE ACREDITACION

1. **Evaluación inicial:** es la evaluación de un Servicio solicitante para acreditarse por primera vez.
2. **Renovación de la acreditación:** es una evaluación de un Servicio ya acreditado. Esta se realizará igualmente in situ cada 3 años a petición del centro.
3. **Reevaluación:** Es la que se realiza cuando una evaluación anterior reveló importantes y/o numerosas deficiencias que requieren una corrección antes de la acreditación.

Pueden darse dos tipos:

- **Reevaluación general.** La necesidad de este tipo se establece y se decide por la Unidad Central de Acreditación y el Grupo de Trabajo ante las recomendaciones del equipo de evaluación. Será realizada por un equipo diferente del que hizo la original.
 - **Reevaluación focal:** Es una evaluación in situ de un número limitado de deficiencias detectadas en otra anterior y que ha requerido correcciones previas a la acreditación o a la renovación de la misma.
4. **Evaluación especial:** Es una evaluación no programada, ni anunciada, fuera de la de rutina periódica (3 años), que se realiza a un Servicio acreditado como respuesta de la Unidad Central de Acreditación y el Comité de Acreditación a un informe o denuncia sobre el hecho de que el Servicio no está o puede no estar actuando conforme con los criterios.

También podrá utilizarse al azar, a un reducido número de Servicios previamente acreditados para hacer un seguimiento de la acreditación a instancias de la Secretaría de Acreditación y/o Comité de Acreditación.

PROCESO DE ACREDITACIÓN

1. Solicitud y gestión de la oferta:

El responsable del Servicio solicitante, comunicará a la Secretaria de Acreditación, su interés en acreditarse. La Secretaria de Acreditación, enviará a dicho Servicio, el impreso de solicitud de acreditación inicial o reacreditación y la oferta con los servicios correspondientes.

Este impreso de solicitud de acreditación una vez cumplimentado, se remite desde el Servicio a la Secretaria de Acreditación. Es imprescindible adjuntar la aceptación por parte de la Dirección del Hospital, Centro o Servicio correspondiente.

Una vez recibida la solicitud inicial debidamente cumplimentada en la Unidad Central de Acreditación, esta revisa la plena cumplimentación de la misma, pudiendo consultar con el Grupo de Trabajo correspondiente.

Una vez revisada la documentación inicial, se podrá informar lo siguiente:

- a) La solicitud es aceptada. En este caso, la Unidad Central de Acreditación, enviará al Centro/Servicio solicitante un documento de aceptación de las condiciones de la evaluación aquí descritas que deberá ser firmado como aceptación y devuelto a la central junto con el justificante del abono de la cantidad estipulada para la evaluación. Y comunicará a la Entidad de Evaluación la solicitud de Acreditación para iniciar el proceso de evaluación.
- b) La solicitud está incompleta, en cuyo caso se solicitará por escrito al Servicio correspondiente la información que haya resultado insuficiente.
- c) La solicitud de acreditación es denegada, en cuyo caso se enviará un informe al Servicio sobre las causas por las que no puede ser aceptada.

Si el Servicio solicitante no está de acuerdo con esta determinación, podrá apelar por escrito en el plazo de 30 días a la Secretaria de Acreditación.

La Secretaria de Acreditación, tras considerar finalizada su función de revisión de la Solicitud y aceptación de la oferta, pondrá en marcha en cada centro el procedimiento de evaluación por la Entidad de Evaluación externa.

La entidad de evaluación, una vez reciba la comunicación de la solicitud de Acreditación de una organización a través de la Secretaria de Acreditación, se pondrá en contacto con dicha organización para solicitarle los datos necesarios y comenzar así el proceso de acreditación y se planifica con dicha organización la fecha de las auditoría, tanto de la Fase de 1. Autoevaluación como de la Fase 2. Evaluación in situ.

2. Evaluación:

2.1. Fase 1. Autoevaluación

La Entidad de Evaluación remite al Centro/Servicio solicitante el listado de comprobación y el listado de documentación necesaria, de modo que el responsable del Servicio solicitante cumplimentará con precisión todos los puntos del listado de comprobación y preparará copias de todos los documentos requeridos. Esta información, así como el

listado de comprobación cumplimentado será remitida en soporte electrónico a la Entidad de Evaluación, ya que esta esta fase se realizará en despacho, no se realiza in situ.

La Entidad de Evaluación, comprobará que la cumplimentación del listado de comprobación sea la adecuada y preparará un informe de recomendaciones a implementar previa a la evaluación presencial.

En el plazo de 3 semanas tras el envío del informe de Autoevaluación, el responsable del equipo de evaluación definirá junto con el del Servicio, la fecha y horario en que se realizará la evaluación in situ y elaborar la planificación de la visita de acreditación.

Los elementos de salida de la Fase 1 incluyen:

- Informe de autoevaluación
- Recomendación a favor o en contra de la Fase 2
- Los hallazgos identificados que podrían suponer un incumplimiento en la auditoría de Fase 2.
- Plan de evaluación Fase 2

2.2 Fase 2. Evaluación in situ.

El propósito de la auditoría de la fase 2 es verificación mediante revisión documental, inspección in situ y entrevistas a los profesionales involucrados que se cumple con los requisitos establecidos en el Modelo de Acreditación.

Condiciones para la realización de la auditoría:

- Dicha visita se planificará con antelación. La entidad de Evaluación remite un plan donde se indican los procesos objeto de evaluación.
- la Organización deberá facilitar durante la visita la accesibilidad a toda la documentación (registros, historias clínicas, procedimientos) al equipo auditor.
- El auditor tomará nota de todos los hallazgos detectados ya que esta información forma parte del contenido del informe.
- La documentación tratada a lo largo de la auditoría es de carácter confidencial

Tras finalizar la evaluación el equipo de evaluación presentará sus observaciones de forma resumida incluyendo cada uno de los apartados en los que tiene la intención de identificar algún aspecto como una deficiencia o una recomendación para la acreditación.

- Se establece una DEFICIENCIA cuando a un apartado del listado de comprobación se responde “NO” y el criterio aplicable está catalogado como obligatorio y está identificado con “(O)”. Todas las deficiencias deben ser corregidas y la corrección documentarse (por ejemplo, aportando copias de registros, fichas o procedimientos nuevos, etc.) enviando dicha información a la Entidad de Evaluación para que se proceda el cierre de informe y posterior envío a la a la Comisión de Acreditación para la concesión o no de la acreditación, el plazo máximo para el cierre de las deficiencias será de TRES MESES.
- Se establece una RECOMENDACION cuando a un apartado del listado de comprobación se responde “NO”, en el criterio aplicable está catalogado como recomendable y está identificado con “(R)”. Cada uno de estos apartados anotados durante la evaluación requiere una respuesta verbal del responsable del Servicio, con una explicación razonada que justifique esa situación o modo de

proceder, pero no implica de forma imperativa un cambio de procedimiento. La existencia de recomendaciones no supone que el Servicio no pueda alcanzar la acreditación, pero a juicio del equipo evaluador, un número determinado de recomendaciones o si estas son de suficiente relevancia, podrá derivar en la propuesta en una DEFICIENCIA que deberá tratarse según lo indicado en el punto anterior.

El informe de evaluación contendrá:

- Conclusiones (Las conclusiones del equipo evaluador son solamente propuestas y no vinculan a la Unidad Central de Acreditación)
- Listado de comprobación.
- Oportunidades de Mejora (en caso de que existan)
- Recomendaciones de auditoría (en caso de que existan)
- Deficiencias incluidas las evidencias para el cierre de las mismas. (en caso de que existan)

Una vez concluida la evaluación y, en el caso de que haya habido DEFICIENCIAS y se haya verificado las acciones correctivas, se informará al cliente y a la Unidad Central de Acreditación.

Al informe aportado por el equipo evaluador podría añadirse alguna información considerada como de suficiente relevancia para ser tenida en cuenta, aunque inicialmente no se contuviera en los criterios establecidos en el Manual.

La Unidad Central de Acreditación revisará el informe remitido por el equipo de evaluación y en caso de considerarlo necesario, pedirá una consulta al grupo de trabajo correspondiente y preparará un informe a favor o en contra de la acreditación.

El informe junto con cualquier documentación que considere esencial que se revise será remitido al Comité de Acreditación, que podrá ratificar la decisión.

3. Dictamen

Después de considerar y revisar los informes de la auditoría y el de ratificación del Comité de Acreditación y otros documentos relevantes la Unidad Central de Acreditación comunicará al Servicio solicitante una de las siguientes determinaciones sobre la acreditación:

1. Acreditación garantizada por tres años: no se ha detectado ninguna deficiencia in situ o tras las correcciones realizadas y documentadas. La Unidad Central de Acreditación, enviará al responsable del Centro/Servicio solicitante un certificado sobre la acreditación del programa específico que corresponda, firmado por presidente de SEMES.

Los Servicios acreditados deben notificar a la Secretaria de Acreditación cualquier suceso o cambio importante que ocurra en el periodo de vigencia de la acreditación, como por el ejemplo del responsable del Servicio o de cualquier otro aspecto trascendente.

2. Se han detectado deficiencias significativas que precisan corrección y una reevaluación focal: Sólo se concede la acreditación se realice una reevaluación focal que garantice la existencia de dichas correcciones y existe un informe favorable del equipo evaluador.

3. No acreditación: El Comité de Acreditación puede determinar que el Servicio solicitante no cumple con los criterios y/o que su plan de corrección de las deficiencias es inadecuado. En tales casos la Secretaria de Acreditación puede expedir una denegación de la acreditación o anular la acreditación si, tras una evaluación de renovación o reevaluación general o focal, determina que el Servicio no cumple con los criterios. La Secretaria de Acreditación puede también anular la acreditación de un Servicio tras consulta con el Comité de Acreditación, basándose en la aparición de un suceso de suficiente relevancia.

Un Servicio al que se le ha denegado la acreditación o bien se le ha cancelado, tiene derecho a apelar siguiendo los trámites que se describen más adelante.

4. AUDITORÍAS DE RE-ACREDITACIÓN

La duración de la acreditación es por tres años, pasado ese tiempo, la organización se tendrá que someter a una auditoría de Re-Acreditación que será igual que la auditoría de la Fase II de la Acreditación.

Para ello deberá solicitar la Re-acreditación a la Secretaria de Acreditación, debiéndose de realizar una oferta correspondiente a esta auditoría.

5. AUDITORÍAS ESPECIALES

Las auditorías especiales pueden ser necesarias cuando el auditor detecta, en la evaluación de Fase II o en la auditoría de Re-certificación, que el sistema no se encuentra suficientemente implantado por lo que debido a la gravedad de las no conformidades estas no pueden ser verificadas de manera documental y hay que realizar un auditoría extraordinaria para verificar el cierre de dichas no conformidades.

La decisión de considerar si es necesario realizar una auditoría extraordinaria será responsabilidad del Comité de Acreditación de la SEMES.

APELACIÓN

Apelación ante negativa de tramitación de la evaluación inicial

Si el Servicio solicitante no está de acuerdo con esta determinación, puede apelar por escrito en el plazo de 30 días a la Secretaria de Acreditación.

La Unidad Central de Acreditación informará al Comité de Acreditación, enviando un escrito sobre las causas de la no aceptación, así como copia de la apelación realizada por el Servicio solicitante. El Comité de Acreditación puede solicitar otros informes a los organismos y expertos que considere oportunos. El Comité de Acreditación evaluará la apelación en su reunión ordinaria y decidirá la aceptación o no de la misma, informando por escrito al Servicio solicitante y a la Secretaria de Acreditación.

No hay derecho de apelación si la decisión de la denegación se fundamenta en alguno de los siguientes puntos:

- La solicitud es incompleta.
- El responsable del Servicio no cumple el mínimo de cualificaciones establecidas en

los criterios.

- El Servicio carece de la autorización administrativa para la realización de la actividad para la que solicita la acreditación.
- No se ha superado el número mínimo de actividad exigida (en el caso de que en el manual correspondiente se exija este punto).

Apelación al equipo evaluador designado

Si el responsable del Servicio solicitante tiene objeciones sobre la cualificación u objetividad de los evaluadores, remitirá estas objeciones al Comité de Acreditación, por escrito, en el plazo de 5 días siguientes a la comunicación del equipo evaluador. Será el Comité de Acreditación quien determine la necesidad del cambio o no del equipo evaluador.

Apelación de la denegación de la acreditación inicial, re-acreditación o anulación de una acreditación ya concedida.

Un Servicio al que se le ha denegado o anulado la acreditación, tiene derecho a iniciar un proceso de apelación:

El Servicio solicitante puede enviar un escrito al Comité de Acreditación, explicando las razones de su desacuerdo en cualquier apartado señalado como deficiencia o como recomendación. Este escrito debe ser remitido al Comité de Acreditación en los 14 días siguientes a la recepción del informe resumen de la evaluación.

El Comité de Acreditación, analizará el informe de apelación del Servicio solicitante, pudiendo acordar lo siguiente:

- La apelación es aceptada, para lo cual remitirá un informe al Servicio solicitante informándole de ello.
- La apelación es denegada. El Comité de Acreditación remitirá un informe al Servicio solicitante en el que se justifique su denegación.
- La apelación necesita una nueva reevaluación. En este caso, una vez realizada la reevaluación correspondiente, el Comité de Acreditación informará de manera justificada al Servicio solicitante si la apelación es aceptada o denegada.

El informe que emita el Comité de Acreditación sobre una apelación determinada de un Servicio se considerará como definitivo, no admitiéndose nuevas apelaciones sobre la misma cuestión.

CRITERIOS (O ESTÁNDARES) DE ACREDITACIÓN

En el apartado siguiente de este documento se describen los estándares o criterios específicos para el programa de acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales.

Dado que en este manual la descripción del criterio lleva implícita la consecución del mismo como obligatoriedad de cumplimiento o consecución recomendada, se ha preferido mantener el término estándar en el título del Manual, aunque en el texto se utiliza indistintamente “**criterio**” o “**estándar**”

El término “**Servicio**” (mayúscula) se emplea en este manual para hacer referencia al equipo de profesionales y como equivalente al de “Unidad”. En cambio, el término “**servicio**” (minúscula) se utiliza para hacer referencia al producto del Servicio / Unidad, o sea, en general a la asistencia que se presta a los pacientes. Del mismo modo “**Unidad**” (con mayúscula) para hacer referencia al equipo y espacio donde se presta el servicio y “**unidad**” (con minúscula) si en algún caso se menciona a un solo o único elemento de un conjunto.

Los criterios se han agrupado en funciones clave para las organizaciones. Aunque en iniciativas similares recientes de otras Sociedades Científicas se ha utilizado como índice el del modelo de la EFQM, en el presente manual se ha optado por hacerlo del modo más conocido en el sector sanitario, con la finalidad de conseguir una lectura

amigable y de fácil interpretación incluso para los profesionales con un conocimiento discreto del tema del que trata. Así, se han clasificado en los siguientes apartados:

- Requisitos Generales.
- Estructura y Recursos.
- Organización funcional del Servicio
- Glosario de términos.
- Bibliografía.

Cada grupo de estándares está incluido en apartados codificados con una clave alfanumérica. El primer dígito es una letra mayúscula que identifica al apartado; los dígitos siguientes son números e identifican a los grupos de criterios dentro de los apartados y subapartados.

Al objeto de hacer homogéneo el trabajo del grupo, cada criterio contiene tres elementos:

1. Literal del **ESTÁNDAR**. Consiste en una descripción precisa del mismo que contiene los requisitos que exige en el aspecto al que hace referencia. Cuando se trata de un criterio obligatorio se incluye a continuación una O mayúscula y resaltada en negrita (“**O**”) y en el caso de los no-obligatorios o recomendables, con la misma tipografía, una R (“**R**”).
2. Bajo el epígrafe **GUÍA** se incluye un texto explicativo con la extensión que se ha estimado necesaria, que define con más concreción el alcance del criterio, de tal modo que queden bien aclarados los requisitos de cumplimiento. En ocasiones, se han incorporado ejemplos sobre cómo conseguir alcanzar las exigencias del estándar e incluso referencias adicionales que facilitan la decisión de los evaluadores y la comprensión por los equipos solicitantes de la acreditación y de otras personas interesadas en el tema.
3. A continuación, y bajo el encabezado **LISTADO DE COMPROBACIÓN** se han formulado las preguntas de verificación, consideradas necesarias y pertinentes para

garantizar que las respuestas a las mismas permiten deducir con claridad que los requisitos especificados en cada uno de los estándares se cumplen o no por el Servicio o Unidad solicitante de la acreditación.

En la redacción de los criterios y de la guía se ha tenido en cuenta una serie de aspectos:

- En la definición del criterio se ha tratado de evitar describir el cómo se consigue, sino precisar el qué exige.
- El cómo se ha recogido en la guía y se ha planteado en forma orientativa, no prescriptiva.
- El literal del estándar es lo más escueto posible. Cuando ha sido necesario se ha optado por elaborar otro criterio, para evitar incluir más de un requisito en el mismo.
- Se ha intentado recoger en los criterios aspectos universalmente aceptados y eludir el incorporar opiniones de los redactores.
- La guía ha recogido todo aquello que soporta al criterio y que lo aclara y acota.

Criterio obligatorio

- En este tipo de criterio se establecerá una **DEFICIENCIA** cuando a su correspondiente apartado del listado de comprobación se responde "NO". Esto significa que un incumplimiento en uno sólo de estos criterios supone la **no acreditación** del Servicio / Unidad.

En el listado de comprobación se identifica con una "O". Aunque se ha tratado de evitarlo en la redacción, cuando un criterio incorpore más de un requisito obligatorio, sólo se considerará superado aquél si se cumplen todos los requisitos estipulados.

Criterio no-obligatorio o recomendable

- En este tipo de criterio se establece una **RECOMENDACION** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde "NO". Ante cada uno de estos apartados anotados durante la evaluación, el evaluador requerirá una respuesta del responsable del Servicio / Unidad, con una explicación razonada que justifique ese modo de proceder, pero no implica de forma imperativa un cambio del procedimiento. La existencia de recomendaciones **no supone** la no-acreditación del Servicio / Unidad, pero a juicio del equipo de evaluador, un número determinado de recomendaciones o si éstas son de suficiente relevancia, podrá derivar en la propuesta de no acreditación. El cumplimiento de estos criterios es recomendable y en el listado de comprobación se identifican con una "R".

Criterio no aplicable

En algún caso excepcional puede ocurrir que durante el proceso de evaluación se considere que un criterio no sea de aplicación en el Servicio / Unidad solicitante. Para este supuesto se ha recogido en el listado de comprobación una columna con la anotación "NA". Los evaluadores harán las observaciones que consideren necesarias para aclarar este aspecto.

Abreviaturas

Se ha tratado de evitar el empleo de abreviaturas, pero cuando ha sido necesario su significado se recoge en el listado que aparece en el apartado **ABREVIATURAS** al final

del texto. Se han listado en orden alfabético.

Definiciones

Cuando se ha considerado conveniente por su importancia, necesidad de limitar su alcance, evitar confusiones con otros similares, etc., se ha incluido una definición precisa de los términos empleados, a ser posible utilizando la referencia del tesoro, diccionario o fuente. Se han incluido en un apartado específico y se recogen en orden alfabético.

Estándares o criterios de acreditación

Apartado A: Requisitos generales

A1. EL CENTRO AL QUE PERTENECE EL SERVICIO¹ CUMPLE LOS REQUERIMIENTOS Y DISPOSICIONES LEGALES PARA PRESTAR ASISTENCIA SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN QUE SE ENCUENTRA UBICADO.

A1.1. El Servicio dispone de la autorización administrativa de su apertura y puesta en marcha. **O**

A1.2. El Servicio cumple las normas legales y reglamentarias que le afectan en el desarrollo de sus actividades. **O**

A1.3. Las normas legales y reglamentarias que le afectan en el desarrollo de sus actividades están divulgadas y son conocidas por las personas que trabajan en el Servicio. **R**

A2. Organización y régimen de funcionamiento

Existe un Manual escrito, que describe de forma general y clara la organización del Servicio: misión, responsable, ámbito poblacional, recursos, actividad, procesos, organigrama y otros elementos relacionados. **O**

A3. Documentación clínica y registros

A3.1. Existe un catálogo de modelos normalizados de documentos que incluye al menos: listado, nombre y codificación de documentos, formatos, formularios, bases de datos y otros elementos de soporte de la información. **O**

A3.3. Existe un control de las bases de datos que contienen información clínica de los pacientes atendidos por el Servicio. **O**

GUÍA A1

El primer requisito para cualquier Servicio que presta asistencia sanitaria es que disponga de un documento² escrito donde conste la autorización administrativa para el inicio de su funcionamiento. Este puede ser la publicación en el Boletín Oficial del Estado, Diarios Oficiales Autonómicos, Diarios Provinciales, Actas Municipales o documentos similares donde se recoja la autorización de la puesta en marcha o creación del Servicio.

En los hospitales públicos puede aceptarse como evidencia:

1. En este documento se emplea el término Servicio de Urgencias porque es el más utilizado por los hospitales para identificar al departamento específico para la atención a enfermos urgentes. Cuando sea conveniente puede entenderse también referido a Centros o Unidades de Urgencias. El término "Servicio" (mayúscula) se emplea para hacer referencia al equipo de profesionales y como equivalente al de "Unidad". En cambio el término "servicio" (minúscula) se utiliza para denominar al producto del Servicio / Unidad o sea, en general a la asistencia que se presta a los pacientes. Del mismo modo "Unidad" (con mayúscula) para hacer referencia al equipo y espacio donde se presta el servicio y "unidad" (con minúscula) cuando en algún caso se menciona a un solo o único elemento de un conjunto.

2. Cada vez que en este manual se hace referencia a un "documento", se entiende que este puede estar en soporte papel o electrónico.

- La existencia de memorias publicadas del hospital o del Servicio Sanitario Público de la Comunidad Autónoma respectiva y/o del Ministerio donde se incluya la actividad del Servicio en cuestión. Esta información documentada debe estar disponible en el archivo documental del Servicio o bien incluida en su Manual de Organización.

- La confirmación escrita de la autorización realizada por la máxima autoridad sanitaria del área de salud o del hospital.

- La asignación de un sector de la población o la inclusión dentro del mapa sanitario de la provincia o comunidad del centro al que pertenece el Servicio, que equivaldría al reconocimiento del mismo por las autoridades sanitarias, para la prestación de asistencia.

En los centros de propiedad privada, debe comprobarse que dispongan de un documento en el que conste que tienen la autorización administrativa para ejercer sus actividades. En estos casos, el evaluador solicitará expresamente el documento que lo acredite.

El evaluador comprobará que el Servicio hace referencia explícita en su Manual de Organización, Plan Funcional u otros documentos a las normas legales que le son de aplicación: Ley de Autonomía del paciente, Informe de Alta, Normas de la Comunidad Autónoma que regulan la organización y gestión de los centros, informes al juzgado, así como el cumplimiento de la normativa que voluntariamente asuma la organización, tales como el Reglamento interno del hospital, normas de uniformidad, seguridad y otras. Un ejemplar de estas normas y reglamentos estará a disposición y accesible a todos los profesionales del Servicio.

El evaluador comprobará que los miembros del Servicio conocen la existencia de las normas legales mencionadas anteriormente que son preceptivas, así como de las que el hospital y/o el Servicio asumen como reglamento interno. Se aceptará como evidencia el que se hayan distribuido entre los profesionales del Servicio por cualquier medio o bien un acta de la sesión en la que se informó al equipo, donde conste las personas que asistieron.

Para el personal que empieza a trabajar en el Servicio puede ser de utilidad que se recojan en el protocolo de acogida todas estas normas de funcionamiento y otros aspectos de interés.

GUIA: A2

El Manual de Organización debe ser un documento que permita al lector conocer con precisión y facilidad cuál es el ámbito de actuación del Servicio, su cartera de servicios, organigrama, actividad desarrollada en los últimos años, plan funcional por departamentos que incluya las competencias de cada puesto y niveles de responsabilidad, documentación clínica, procedimientos y protocolos de los que se dispone.

Sus objetivos deberán estar alineados con los de la organización y/o del Servicio de Salud al que pertenece.

El Plan Funcional, así como el Programa de Calidad que se mencionan en apartados posteriores son parte de este manual, aunque puedan ser documentos separados del mismo por razones operativas (en este caso se debería hacer referencia explícita en el manual o se adjuntarán como anexos).

GUIA: A3

El evaluador comprobará que el Servicio dispone de un catálogo de documentos en soporte papel o electrónico y están codificados. Este catálogo debe contener los modelos de documentos que utiliza el Servicio.

Se procederá de igual modo en el caso de que la historia clínica esté en soporte electrónico, debiendo existir un manual de utilidades de la aplicación informática donde consten los mismos apartados que se han mencionado para la documentación en soporte papel y la información adicional que pueda ser pertinente.

Debe existir un listado de las bases de datos clínicos de los pacientes atendidos en el Servicio, en el que conste una descripción del soporte informático empleado, así como quién lo elaboró, cuál es su contenido (campos), su finalidad (trabajos científicos, investigación, mejora de la calidad, gestión, etc.) y quién dispone del privilegio para acceder a los mismos. El control de este listado es responsabilidad del Jefe del Servicio o de aquél en quien este haya delegado, por ejemplo el responsable de calidad.

Requisitos generales	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
LISTADO DE COMPROBACIÓN: A1 - A3						
A1.1. ¿Existe un documento donde se autorice la puesta en marcha del Servicio? ○						
A1.2. ¿El Servicio cumple las normas legales y reglamentarias que le afecten en el desarrollo de sus actividades? ○						
A1.3. ¿Las normas legales y reglamentarias que le afectan en el desarrollo de sus actividades están divulgadas y son conocidas por el personal que trabaja en el Servicio? ○						
A2. ¿Existe un Manual de organización escrito que describa de forma general y clara la organización? ○						
A3.1. ¿Existe un catálogo de modelos de los documentos normalizados? ○						
A3.3. ¿Existe un control de las bases de datos clínicos? ○						

NOTA: Se consignará con una "X" el nivel de cumplimiento por el Servicio de cada uno de los criterios. S = Sí; N = No; N/A = No es de aplicación en ese Servicio.

Apartado B: Recursos

B1. Las personas.

PARA LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA, EL SERVICIO DE URGENCIAS DISPONE DE LOS RECURSOS HUMANOS ADECUADOS. LOS PROFESIONALES TIENEN LOS CONOCIMIENTOS Y LA FORMACIÓN ADECUADA PARA DESARROLLAR SU TRABAJO.

B1.1.1. Existe un Jefe del Servicio de Urgencias. **O**

B1.1.2. El Jefe del Servicio es médico y tiene una experiencia de trabajo efectivo en Medicina de Urgencias y Emergencias de al menos cinco años. **O**

B1.1.3. El Jefe del Servicio ejerce la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito al mismo, incluyendo los facultativos de otros departamentos, cuando realicen actividad en él. **O**

B1.1.4. El Jefe del Servicio depende directamente, tanto orgánica, como funcionalmente de la Dirección Médica o, en su caso, de la Gerencia del Hospital. **O**

B1.3.1. El Servicio dispone de un enfermero responsable de la gestión de todo el personal de enfermería. **O**

B1.3.5. El Servicio dispone de personal de enfermería necesario para garantizar la asistencia en la Sala de Observación sillones. **O**

B1.3.6. El Servicio dispone de personal auxiliar de enfermería para garantizar la asistencia en todas las Áreas (consultas, observación camas y observación sillones). **O**

B1.4.1. El Servicio dispone de personal administrativo para garantizar su adecuado funcionamiento durante las 24 horas de cada día. **O**

B1.4.2. El Servicio dispone durante 24 horas de cada día de personal de servicios generales, celadores y/u otras categorías auxiliares, en número suficiente, de modo que siempre exista al menos un celador disponible en el área de recepción de pacientes. **O**

B.1.6.1. El personal médico del Servicio dispone de formación específica en Urgencias / Emergencias y cuenta con documentos acreditativos que avalan esta formación al menos en el 50 % de su plantilla. **O**

B.1.6.2. El personal médico del Servicio dispone de formación específica en Urgencias

B1.8.1 El personal de enfermería del Servicio dispone de formación específica en Urgencias / Emergencias y cuenta con documentos acreditativos que avalan esta formación. **R**

GUIAB1

B1.1 Jefe del Servicio de Urgencias.

En este documento se entenderá como Jefe de Servicio a la persona que ostenta la máxima responsabilidad de gestión clínica sobre el equipo. Incluye también a denominaciones como Coordinador, Responsable de Unidad, Director de Unidad de Gestión Clínica u otras con la misma significación, siempre que cumplan con los criterios.

El evaluador comprobará que existe un documento donde se recoge el nombramiento de los responsables de la gestión de personal médico y de enfermería del Servicio.

Debe existir un documento donde se certifique que el Jefe del Servicio tiene una experiencia de trabajo efectivo en Servicios de Urgencias igual o superior a cinco años (certificado de servicios prestados).

Como todo Médico de Urgencias, deberá disponer de formación específica en Urgencias / Emergencias y contar con documentos acreditativos que avalen esta formación.

El evaluador comprobará que el Jefe del Servicio ejerce la máxima autoridad funcional sobre todos los facultativos que trabajan en el mismo, incluyendo a los médicos de staff de otras especialidades que desarrollan temporal u ocasionalmente sus actividades en el Servicio de Urgencias. Esto puede evidenciarse, porque así conste en el nombramiento o, implícitamente, por ejemplo en la firma de los turnos de trabajo correspondientes, en documentos de evaluación para incentivos o de carácter docente en el caso de los Médicos Residentes. La organización funcional de los Médicos Internos Residentes en el Servicio de Urgencias también es competencia del Jefe de Urgencias.

El evaluador exigirá evidencias que demuestren que el Jefe del Servicio depende directamente de la Dirección Médica o de la Gerencia del Hospital (organigramas del centro, memoria del hospital o un documento elaborado "ad hoc").

GUIAB1.5., B1.6., B1.7. y B1.8.

Experiencia y formación del personal sanitario

Como quiera que en prácticamente toda España existe ya la categoría profesional de Médico de Urgencias de Hospitales, lo que implica un reconocimiento por parte de la Administración Sanitaria a una actividad específica desarrollada en estos departamentos y que en muchos países europeos es ya una especialidad médica, se considera imprescindible que en las plantillas de los Servicios de Urgencias exista una amplia representación de facultativos que puedan acreditar formación específica y experiencia profesional en este campo. Es por esto por lo que el personal médico y de enfermería debe acreditar documentalmente su formación específica en Urgencias /Emergencias y una experiencia asistencial previa superior a tres y dos años respectivamente.

Respecto a la actividad de triaje, se considera que un médico o enfermero tiene experiencia si ha realizado los cursos pertinentes exigidos por el sistema de triaje que se utilice o bien al menos un año de experiencia laboral en el Servicio de Urgencias. Tanto para acreditar la formación como la experiencia previa en Urgencias, se pedirá por el evaluador la documentación que lo pruebe: Master y diplomas en Urgencias, Certificado Médico y Enfermero de Emergencias, certificado de servicios prestados y otros.

Será tenida en cuenta la formación y experiencia en pediatría en aquellos Servicios que tengan en su cartera la asistencia a niños. En los Servicios de Urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica, ante la inexistencia en la actualidad de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, para la valoración de la capacidad y formación del equipo médico, será tenida en cuenta la acreditación por parte de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), en concreto el baremo expuesto en su página web www.seup.org.

Personas	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
LISTADO DE COMPROBACIÓN: B1.1 – B1.8						
B1.1.1. Existe un jefe del Servicio de Urgencias. O						
B1.1.2. ¿Hay un médico responsable del Servicio con experiencia de trabajo efectivo en Medicina de Urgencias y Emergencias de al menos cinco años? O						
B1.1.3. ¿Ejerce el responsable del Servicio de Urgencias la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito al mismo, incluyendo los facultativos de otros Servicios cuando realicen su actividad en él? O						
B1.1.4. ¿El responsable del Servicio depende directamente de la Dirección Médica o de la Gerencia del Hospital?. O						
B1.3.1. ¿Existen documentos donde quede reflejado el nombramiento del enfermero responsable de la gestión? O						

B1.3.5. ¿Tiene el Servicio enfermeros suficientes para asegurar la asistencia en Observación de sillones? O						
B1.3.6. ¿Tiene el Servicio auxiliares de enfermería, suficientes para asegurar la calidad de la asistencia que presta? O						
B1.6.1. ¿Tiene el personal médico del Servicio formación específica en Urgencias / Emergencias (50%)? O						
B1.8.1. ¿Tiene el personal de enfermería del Servicio formación específica en Urgencias / Emergencias? R						

B2. Estructura física e instalaciones generales.

EL SERVICIO DE URGENCIAS CUENTA CON LA ESTRUCTURA FÍSICA Y LAS INSTALACIONES GENERALES ADECUADAS PARA EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD.

B2.1. Entorno. Accesos de vehículos y de peatones.

B2.1.3. Los accesos de vehículos y de peatones son independientes. **R**

B2.1.4. Los accesos de vehículos y de peatones están cubiertos, claramente señalizados e iluminados. **O**

B2.1.5. El acceso de vehículos dispone del espacio suficiente para que puedan realizar el giro sin utilizar la marcha atrás. **O**

B2.1.6. Las rutas de entrada y salida de vehículos son unidireccionales, evitando el cruce de aquellos. **R**

B2.1.7. La zona de recepción de vehículos tiene una altura mínima de cuatro metros y

cierre por mecanismo de fotosensibilidad de puertas de entrada y salida. **R**

B2.2. Recepción.

B2.2.1. El Área de recepción tiene acceso directo a áreas específicas como Psiquiatría, Pediatría, Observación, Traumatología y otros. **R**

B2.2.2. El Área de recepción tiene acceso directo a la sala de Críticos. **O**

B2.2.3. El área de recepción tiene personal de seguridad adscrito al mismo. **R**

B2.2.4. El área de recepción con más de 100.000 asistencias / año tiene personal de seguridad adscrito al mismo. **O**

B2.2.5. En esta área existe un punto de información a pacientes asistidos en urgencias y familiares. **R**

B2.2.6. Adyacente a la entrada hay un almacén de sillas de ruedas y camillas. **O**

B2.3. Área de admisión

B2.3.1. Está ubicada de forma que permite la visión de la zona de entrada y acceso. **O**

B2.3.2. Su estructura permite la privacidad para información confidencial. **O**

B2.3.3. El espacio de cada puesto es suficiente. **O**

B2.4. Clasificación de pacientes.

B2.4.1. Está ubicada de forma que permita la visión de la zona de entrada y sala de espera y cerca de la sala de críticos. **O**

B2.4.2. Permite la privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial. **O**

B2.4.3. Permite, al menos, el trabajo simultáneo de dos profesionales en situación de pico de demanda asistencial. **O**

B2.4.4. Cuenta con un espacio suficiente. **O**

B2.5. Sala de espera de usuarios y familiares.

B2.5.1. Está situada próxima al vestíbulo y fuera de la zona asistencial. **R**

B2.5.2. Estará señalizada y provista de teléfono, aseos, fuente de agua y bar automático. **O**

B2.5.3. Dispone del espacio necesario para una espera confortable **R**

B2.6. Área de Observación de pacientes en camas.

B2.6.1. Tiene capacidad para atender al 10% de la demanda urgente diaria. **O**

B2.6.2. El espacio mínimo por cama es de 10 m². **O**

B2.6.3. Garantiza la intimidad del paciente, al mismo tiempo que permite el trabajo de los profesionales. **O**

B2.6.5. Tiene un control central que permita la visualización de todos los pacientes. **O**

B2.6.6. Del total de camas de Observación, el 20 % están dotadas de monitorización. **O**

B2.6.7. Dispone de tomas de oxígeno, vacío y aire medicinal y toda la infraestructura necesaria para la utilización de dispositivos de monitorización requeridos en la atención a pacientes que precisan vigilancia. **O**

B2.6.8. Si el Servicio de urgencias ofrece asistencia pediátrica, existe un número de camas equivalente al 5% de la demanda asistencial a menores de 14 años, independiente del área de observación general y en el entorno del área pediátrica. **O**

B2.6.9. Los Servicios de Urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica, disponen de un área de observación con capacidad para el 5% de la asistencia diaria y con las mismas características de control y monitorización que en el caso de los adultos. **O**

B2.7. Sala de Observación de pacientes en sillones.

B2.7.1. Existe una sala de Observación de pacientes en sillones en el Servicio de Urgencias. **R**

B2.7.2. Existe una sala de Observación de pacientes en sillones en aquellos Servicios con más de 200 urgencias / día. **O**

B2.7.3. Está en vecindad con la sala Observación en camas. **R**

B2.7.4. Tiene capacidad para atender al 5 - 10% de la demanda asistencial diaria. **R**

B2.7.5. Tiene el equipamiento e la infraestructura necesaria para la utilización de dispositivos de monitorización requeridos en la atención a pacientes que precisan tratamientos cortos. **O**

B2.8. Salas especiales.

B2.8.1. Sala de yesos.

El Servicio dispone de una sala de yesos que cuenta con la infraestructura necesaria para la asistencia a pacientes traumatizados que requieren inmovilizaciones y para la maniobrabilidad del personal sanitario que les asiste. Espacio mínimo 25 m². **O**

B2.8.2. Sala de críticos / emergencias.

B2.8.2.1. El Servicio dispone de una sala destinada a pacientes cuya situación vital no permita demora en la asistencia. **O**

B2.8.2.2. Tiene fácil acceso desde el exterior, desde las áreas de consultas y de clasificación de pacientes. **O**

B2.8.2.3. Tiene una superficie mayor de 25 m². **O**

B2.8.2.4. La sala de críticos tiene capacidad mínima para dos pacientes. **R**

B2.8.3. Salas de aislamiento.

B2.8.3.1. El Servicio dispone de sala aislamiento psiquiátrico / social. **O**

B2.8.3.2. La sala de aislamiento psiquiátrico – social cumple con unos requisitos técnicos mínimos. **R**

B2.8.3.3. El Servicio dispone de sala aislamiento para aislamiento microbiológico. **O**

B2.8.3.4. La sala de aislamiento microbiológico cumple con unos requisitos técnicos mínimos. **R**

B2.8.3.5. Existe una sala de aislamiento ante posible alerta de contaminación de cualquier etiología (nuclear, biológica o química) que permite asistir al paciente sin que éste entre en el Servicio de Urgencia o previa descontaminación con garantía. **R**

B2.8.4. Sala de Curas y Cirugía Menor.

B2.8.4.1. El Servicio dispone de una sala destinada a la realización de curas y suturas. **O**

B2.8.4.2. El Servicio dispone de la infraestructura necesaria para realizar cirugía “limpia” y cirugía “sucia”. **O**

B2.8.5. Sala de información a pacientes y familiares

Existe una sala destinada a la información a los pacientes o familiares que cumple con unos requisitos mínimos. **R**

B2.9. Área de Consultas.

B2.9.1. Se dispone, al menos, de un box / consulta por cada 10.000 visitas año. **O**

B2.9.2. Adicionalmente, por cada 50.000 asistencias / año existe una consulta rápida destinada a la patología leve. **R.**

B2.9.3. La superficie del espacio físico mínima por consulta es de 8 m². **O**

B2.9.4. El Servicio tiene identificadas las consultas para la asistencia a pacientes de patologías específicas.. **R**

B2.9.5. El Servicio dispone de una sala de espera de pacientes por cada área específica de consulta: traumatología, pediatría, banales, generales y otros. **R**

B2.9.6. Las salas de espera de pacientes están situadas próximas a las consultas destinadas a cada área específica, entre éstas y la recepción, excepto las de banales (consultas rápidas) que pueden coincidir con la sala de espera de familiares. **R**

B2.9.7. El Servicio cuenta con un número suficiente, en función de los niveles asistenciales, de áreas para cuidados enfermeros con un espacio mínimo de 8 m² cada uno. **O**

B2.10. Áreas Auxiliares.

B2.10.1. El Servicio dispone de una sala de trabajo para el personal por cada cuatro facultativos y turno. **O**

B2.10.2. El Servicio dispone de al menos una sala de descanso de personal con el espacio adecuado. **O**

B2.10.3. Adicionalmente, si en el Servicio se realizan turnos de trabajo superiores a 12 horas, se dispone de áreas confortables y específicamente acondicionadas para el descanso. **R**

B2.10.4. El Servicio dispone de una habitación con ducha para limpieza y descontaminación de personas y material de asistencia y transporte. **O**

B2.10.5. El personal del Servicio dispone de taquillas, aseo y duchas en la misma área de urgencias o en su proximidad. **O**

B2.10.6. El Servicio dispone de almacén para medicación y fungibles. **O**

B2.11. Servicios Centrales o Generales ubicados en el Área de Urgencia.

Laboratorios.

B2.11.1. El Servicio dispone durante las 24 horas del día de la realización de determinaciones analíticas necesarias para una buena asistencia a las urgencias. **O**

B2.11.2. El Servicio dispone de medios de transporte adecuados para las muestras cuando sea necesario. **O**

B2.11.3. Si el Servicio atiende población pediátrica, existen disponibles técnicas de micro-método. **O**

Radiología.

B2.11.4. Si el Servicio tiene un volumen total de asistencias / año superior a los 50.000 pacientes, cuenta con una zona de radiología exclusiva para pacientes urgentes con sala de espera para aquellos que su estado lo permita (pacientes ambulatorios y urgentes no-emergencia). **R**

B2.12. Otros.

B2.12.1. El Servicio dispone de una secretaría administrativa, al menos en turno de mañana. **O**

B2.12.2. Se garantiza la limpieza del Servicio de Urgencias las 24 horas al día. **O**

B2.12.3. Se dispone de adecuada climatización del Servicio de urgencias. **O**

B2.12.4. Se cumple la normativa respecto a instalaciones para asistencia a personas con movilidad reducida. **O**

B2.12.5. En las áreas donde exista estancia de pacientes pediátricos, se cumplen una serie de normas de seguridad específicas. **O**

GUIAB2

B2.1. - B2.5.

Al inicio de la evaluación de estos criterios es conveniente que el evaluador disponga de un plano del Servicio con el fin de poder objetivar la superficie disponible y la distribución de la estructura física.

B2.1. Accesos de vehículos y de peatones.

La accesibilidad es una de las dimensiones básicas de calidad de cualquier sistema de salud y la accesibilidad física forma parte de ella. Esta debe estar garantizada para vehículos y personas, de un modo seguro y cómodo. Muy especialmente debe facilitarse el acceso seguro de los transportes sanitarios incluyendo los medicalizados como UVIs móviles. Por ello, en el criterio se ha considerado una altura mínima para superar en al menos 50 cm las UVIs móviles homologadas más altas, permitiendo que estas maniobren con facilidad sin crear situaciones comprometidas de riesgo vial, máxime en espacios en los que con frecuencia se exigen maniobras rápidas. Deberían existir por este motivo accesos diferenciados de peatones y vehículos, debiéndose hacer especial hincapié en este aspecto, en la circulación de adultos con niños.

En relación con el espacio para consultas médicas, en los Servicios con grandes cambios de afluencia con carácter estacional, los cálculos se realizarán en función de la frecuentación por mes.

B2.2 – B2.4. Recepción, Admisión y Clasificación de pacientes.

El marco arquitectónico ideal debe incluir una adecuada distribución de la estructura física que facilite el flujo de pacientes a sus diferentes áreas asistenciales. Este aspecto es imprescindible en referencia a la sala de críticos, a la que se debe poder acceder de manera directa de modo que tenga un impacto mínimo en el resto de áreas asistenciales.

En Servicios de urgencias de difícil mejora física y cuando la estructura no se adapte rigurosamente a los estándares obligatorios, debe existir una clara justificación y evidencia de que las soluciones funcionales adoptadas pueden ser satisfactorias a criterio del evaluador, para poder ser aceptadas.

Las áreas de recepción y admisión deberán disponer de visión de la zona de entrada para poder facilitar a los pacientes que lo necesiten el acceso a las dependencias del Servicio. Deben existir estructuras que garanticen la intimidad del paciente cuando es atendido. Los dispositivos de megafonía o de pantallas para avisar a pacientes, cuando se utilicen, deben estar diseñados para preservar la intimidad y deberían utilizarse sólo con códigos que sirvan al paciente para poder identificar que le están llamando. En el área de admisión puede ser suficiente con la existencia de una distancia bien señalada para la espera de otras personas en cola o la colocación de mamparas verticales que permitan individualizar la atención cuando concurren más de una persona en los mostradores. El evaluador comprobará la existencia de estas estructuras.

El área de clasificación de pacientes tiene como misión establecer el orden de prioridad en la asistencia con el fin de atender en el menor tiempo posible al que más lo necesite. En base a esto, el área debe estar ubicada de forma que permita visualizar perfectamente el acceso al Servicio y la sala de espera de pacientes y siempre cerca de la consulta de críticos. En esta área se establece el motivo de consulta del paciente por lo que debe permitir privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial.

El Servicio de Urgencias es un lugar habitual de situaciones de estrés y con frecuencia de aglomeraciones en salas de espera que ocasionalmente originan conflictos que deben ser controlados de manera eficaz y sin demora. Aunque lógicamente estas situaciones pueden ocurrir en cualquier Servicio de Urgencias, en los que tienen gran afluencia de pacientes y acompañantes estas situaciones suelen ser más frecuentes y pueden revestir mayor gravedad. Es por ello por lo que en grandes hospitales se recomienda la presencia física en el área del Servicio de Urgencia del personal de seguridad, así como de un dispositivo de alarma (botón de pánico).

B2.5. Sala de espera de usuarios y familiares.

Dado que la permanencia en los Servicios de Urgencias puede prolongarse durante horas y aceptando que el paciente es el punto central de actuación, poder proporcionar una espera adecuada tanto al paciente como a sus acompañantes o familiares, es una responsabilidad del centro sanitario, que debe quedar satisfecha y demostrada al evaluador, con salas adecuadamente dotadas para estas esperas, con el cumplimiento de los criterios requeridos.

La sala debe ser suficientemente confortable y amplia en función de la presión asistencial media del Servicio.

B2.6 – B2.7

Áreas de Observación.

Está ampliamente aceptada en la literatura científica la necesidad de disponer de una Sala de Observación de pacientes que permita el control de la evolución clínica para la toma de decisiones de cara a la mejor utilización de la hospitalización. Pese a no estar tan extendido el uso de sillones alternativamente al de camas para la observación de pacientes, es una realidad en nuestro país su empleo para enfermos que se benefician de una estancia más breve, por ejemplo, para la administración de tratamiento cortos sin la necesidad de encamamiento ni monitorización estricta. En general, un 15 – 20 % de los pacientes que consultan, requerirán pasar algún tiempo en una sala de observación.

Es imprescindible que los pacientes dispongan en estas áreas de la suficiente intimidad que les permita estar aislados visualmente, sobre todo cuando se deben llevar a cabo maniobras de exploración física necesarias y sería deseable que este aislamiento posibilitara también entrevistas en las que la anamnesis fuera lo más íntima posible. Para ello se contará con el espacio y el mobiliario requerido en los estándares citados

B2.8. Salas especiales.

El Servicio debe disponer de al menos una sala en la que se pueda realizar adecuadamente un aislamiento psiquiátrico / social y otra para infecciosos. En hospitales con escasa frecuentación de urgencias, estas salas pueden ser destinadas a usos diversos, aunque deben estar claramente identificadas y adecuadas para esta finalidad, cuando se requiera.

La sala de psiquiatría / problemas sociales, debería reunir una serie de características: estar cerca de la entrada, disponer de cristales de seguridad de visión unidireccional, puertas que abran hacia fuera, luces que se accionen desde el exterior y otras medidas que permitan la asistencia con seguridad a los pacientes agitados que habitualmente se atienden en estas áreas.

El aislamiento físico de pacientes con patología infecciosa que requieren una ubicación en lugares adecuados es hoy en día también una necesidad para la adecuada espera en los Servicios de Urgencia. Estos deben reunir una serie de requisitos como los flujos de ventilación adecuados para evitar la contaminación de otras áreas, así como las condiciones de entrada/salida de profesionales y demás personas que estén autorizadas.

Hay que tener en cuenta también el creciente riesgo de patologías y otros riesgos emergentes como nuevas epidemias o acciones terroristas con posibles contaminaciones de origen radioactivo-nuclear, biológico o químico (NBQ). Por tanto, deberían existir zonas que garanticen la descontaminación de personas, material de asistencia y transporte con garantía, con capacidad de utilización previa a la entrada al hospital.

B2.9. Área de Consultas.

En relación con el espacio para consultas, en los Servicios con grandes cambios de afluencia con carácter estacional, los cálculos se realizarán en función de la frecuentación por mes.

Si bien la información clínica habitual se transmite a los pacientes en las mismas áreas o consultas donde son asistidos, en muchas ocasiones es en el Servicio de Urgencias donde a un paciente y en la mayoría de los casos a uno o varios familiares se les comunican malas noticias o noticias que tiene un gran componente emocional. Es conveniente que se disponga de un área para este fin y que esta sala disponga de un mobiliario sencillo y permita al menos que un sanitario y tres personas estén sentados.

Las consultas destinadas a la asistencia a pacientes de especialidades deben estar claramente señalizadas. Para ello se pueden utilizar rótulos o carteles que permitan también a los usuarios identificarlas con facilidad.

Las consultas pueden ser utilizadas indistintamente por médicos o enfermeros.

Las consultas pediátricas deberían estar en la misma proporción en un Servicio de urgencias pediátrico o en un Servicio de urgencias generales que asiste niños, pero se puede aceptar que en un Servicio de urgencias generales exista un número ligeramente menor y que en caso de necesidad existieran otras consultas que pudieran ser compartidas.

B2.10. Áreas Auxiliares.

El Servicio de Urgencias debe disponer de un área de seminario de trabajo y formación para el desarrollo de sesiones clínicas o realizar el informe de pacientes en el cambio de turno y las distintas actividades formativas del Servicio.

Los Servicios de Urgencia desempeñan una actividad de gran importancia como otros Servicios de salud, pero, a diferencia de estos, se añade como característica la necesidad en la rapidez en la toma de decisiones y la imperiosa necesidad de actuar ante sucesos graves que aparecen de un modo imprevisto con gran componente de estrés emocional en la mayoría de las ocasiones y físico en muchas de ellas. En este contexto, numerosos estudios muestran la necesidad de establecer periodos cortos de descanso para una adecuada recuperación que mejora la eficacia en el desempeño laboral, siendo recomendable que estas salas sean adecuadas contando a ser posible con ventilación y luz natural y relativamente separadas de las áreas de trabajo. Estas salas deberían contemplar un número de sillas adecuado a las personas que trabajan en cada turno y mesas cómodas y algún espacio para un descanso corto con comodidad como sillones o sofás.

En los casos en los que las jornadas se prolongan más de 12 horas se exige un mayor acondicionamiento del área. Los profesionales dispondrán de un área de dormitorios, con un número de camas igual al número de facultativos de guardia, próxima, aunque suficientemente alejada para permitir el descanso del personal.

El Servicio de Urgencias deberá disponer de un área en el que se pueda realizar la limpieza y descontaminación de personas y/o material destinado a la asistencia. El área deberá tener al menos 4 m², ocupada por una plancha en el suelo con un desagüe central y grifo de ducha tipo alcachofa conectada a un sistema extensible. Todo ello con objeto de que haya suficiente espacio para más de una persona, si el paciente no puede valerse por sí mismo o si el material a descontaminar es voluminoso. También será necesaria una banqueta para poder sentar a los pacientes.

Es importante también, que el Servicio de Urgencias realice una adecuada gestión de la uniformidad y limpieza de la ropa utilizada por el personal para la asistencia a los pacientes, así como la empleada por los pacientes que lo requieran. Si bien algunos Servicios u hospitales pueden optar por la externalización de esta actividad, es indispensable que en todos exista una capacidad de abastecimiento inmediato para subsanar posibles eventualidades de suciedad o contaminación de la ropa durante la asistencia tanto la del personal como la de los pacientes.

B2.11. Servicios Centrales o Generales ubicados en el Área de Urgencia.

Actualmente se considera imprescindible que los Servicios de Urgencias de Hospitales dispongan de la posibilidad de realizar determinaciones analíticas que, como mínimo, deben incluir los siguientes parámetros: hemograma, iones, urea, creatinina, glucemia, enzimas, sedimento y bioquímica de orina, gasometría arterial, coagulación, pruebas cruzadas, test de embarazo, determinaciones microbiológicas y de tóxicos en sangre y orina: salicilatos, paracetamol, barbitúricos y otros.

Cuando el volumen de pacientes atendidos no justifique este despliegue en el propio Servicio, debe disponer de medios de transporte de muestras adecuados (tubos neumáticos, por ejemplo), así como un terminal de ordenador que comunique los resultados desde el laboratorio central.

B2.12. Otros.

La complejidad actual de los Servicios de Urgencias hace necesaria la existencia en estos departamentos de una persona encargada a tiempo completo (al menos en el turno de mañana) para realizar funciones administrativas. Estas funciones son independientes de las correspondientes al Servicio de Admisión por lo que se exige la existencia de personal específicamente destinado a ello, aunque en casos de Servicios con escaso volumen de pacientes podría ser compartida con otros Servicios.

La estructura física del Servicio debe estar contemplada para la correcta ubicación de los pacientes en áreas definidas que han sido descritas en los criterios anteriormente citados y de modo que se puedan llevar a cabo los citados requerimientos como intimidad de pacientes, comodidad para el desempeño de las actividades de los profesionales, limpieza del centro, climatización, etc.

La saturación de los Servicios de urgencias en determinados picos de afluencia de pacientes es una realidad y debe estar contemplada como una situación previsible, pero es inaceptable la ubicación de pacientes fuera de estas áreas de un modo habitual o excesivamente usual, creando una ubicación de “pasillo” que acaba siendo asumida por Servicios de Urgencias mal gestionados, precariamente diseñados o en algunos casos pertenecientes a hospitales que no disponen de una adecuada previsión o control de sus estancias hospitalarias. La excesiva permanencia de pacientes en el área de urgencias o una mal gestionada derivación de estos pacientes hacia su ubicación definitiva en áreas de hospitalización desencadena esta situación. El equipo evaluador comprobará que esta situación de ubicación de pacientes en pasillos no ocurre o se trata de un episodio puntual.

La necesidad de cumplir la normativa legal en cuanto a instalaciones adecuadas para el correcto movimiento de personas con discapacidad física es una exigencia en un Servicio de urgencias, en el que, por su propia esencia, van a existir gran número de personas con movilidad reducida.

En las áreas en las que son atendidos o esperan pacientes pediátricos se deben cumplir una serie de medidas de seguridad específicas: los medicamentos y material

de limpieza deben estar fuera del alcance de los niños, deben existir enchufes de seguridad o con protectores, protectores de esquinas (paredes, mesas, etc.), deben eliminarse cuerdas de persianas o similares, no deben existir juguetes u otros entretenimientos que contengan piezas pequeñas que puedan ser ingeridas o aspiradas, debe existir fuerte sujeción de todo tipo de mobiliario y aparatos que estén al alcance de los niños.

Estructura física e instalaciones generales	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
LISTADO DE COMPROBACION: B2.						
B2.1. Entorno. Accesos de vehículos y de peatones.						
B2.1.1 ¿Son los accesos de vehículos y de peatones independientes? R						
B2.1.2 Los accesos de vehículos y peatones son adecuados? O						
B2.1.3 ¿El acceso del Servicio dispone del espacio suficiente, para que los vehículos puedan realizar el giro sin utilizar la marcha atrás? O						
B2.1.4 Las rutas de entrada y salida de vehículos ¿son unidireccionales? R						
B2.1.5 ¿Tiene una altura mínima de cuatro metros y cierre de puertas de entrada y salida por mecanismo de foto-sensibilidad R						
B2.2. Recepción						
B2.2.1 ¿Tiene el área de recepción acceso directo a áreas específicas (psiquiatría, pediatría, observación, traumatología)? R						
B2.2.2. ¿Tiene el área de recepción acceso directo al área de críticos? O						
B.2.2.3. ¿Tiene esta área personal de seguridad adscrito al mismo? R						
B2.2.4. ¿Tiene el área de recepción con más de 100.000 asistencias/año personal de seguridad adscrita al mismo? O						
B2.2.5. ¿Existe un punto de información a pacientes asistidos en urgencias y familiares? R						
B2.2.6. ¿Hay un almacén de sillas de rueda y camillas con capacidad suficiente? O						
B2.3. Área de Admisión						
B2.3.1. ¿Permite la visión de la zona de entrada y acceso? O						
B2.3.2. ¿Permite la privacidad para información confidencial? O						
B2.3.3. ¿Dispone del espacio suficiente? O						
B2.4. Área de Clasificación de pacientes						

B2.4.1. ¿Permite la visión de la zona de entrada y sala de espera y cerca de la sala de críticos? O						
B2.4.2. ¿Permite la privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial? O						
B2.4.3. ¿Permite el trabajo simultáneo de dos profesionales? R						
B2.4.4. ¿Dispone del espacio suficiente? O						
B2.5. Sala de espera de familiares						
B2.5.1. ¿Está ubicada de forma adecuada? R						
B2.5.2. ¿Está provista de teléfono, aseos, fuente de agua, bar automático y megafonía? O						
B2.5.3. ¿Dispone del espacio suficiente para la espera? R						
B2.6. Area de observación de camas						
B2.6.1. ¿Tiene capacidad suficiente para atender al menos al 10% de la demanda asistencial? O						
B2.6.2. ¿El espacio mínimo por cama es de 10 m ² ? O						
B2.6.3. ¿Garantiza la intimidad del paciente y el trabajo de los profesionales? O						
B2.6.5. ¿Tiene un control central que permite la visualización de todos los pacientes? O						
B2.6.6. ¿Del total de camas de Observación, el 20 % están dotadas de monitorización? O						
B2.6.7. ¿Dispone de tomas de oxígeno, vacío y aire medicinal y toda la infraestructura necesaria para la utilización de dispositivos de monitorización requeridos en la atención a pacientes que requieran vigilancia? O						
B2.6.8. En Servicios de urgencias generales con asistencia pediátrica ¿se dispone de un área o puestos adecuados para observación de pediatría? O						
B2.6.9. En servicios de urgencia con asistencia exclusivamente pediátrica ¿dispone de un área de observación adecuada al número de asistencias? O						
B2.7. Area de Observación de sillones						
B2.7.1. ¿Dispone el Servicio de una sala de sillones? R						
B2.7.2. En servicios con afluencia mayor de 200 urgencias / día ¿dispone de una sala de sillones? O						
B2.7.3. ¿Está ubicada en vecindad con sala de observación de camas R .						
B2.7.4. ¿Tiene capacidad suficiente para la demanda? R						
B2.7.5. ¿Está dotada de la infraestructura necesaria para la atención a los pacientes que requieran tratamientos cortos? O						
B2.8. Salas especiales						
B2.8.1. ¿Es adecuada la sala de yesos? O						
B2.8.2. Sala de Críticos y Emergencias						

B2.8.2.1. El Servicio dispone de una sala destinada a pacientes cuya situación vital no permita demora en la asistencia. O						
B2.8.2.2. ¿Tiene fácil acceso desde el exterior, desde el área de consultas y desde el de clasificación de pacientes? O						
B2.8.2.3. ¿Tiene una superficie mayor de 25 m ² . O						
B2.8.2.4. La sala de críticos ¿tiene capacidad mínima para dos pacientes? R						
B2.8.3.1. ¿El Servicio dispone de una sala aislamiento psiquiátrico / social O						
Estructura física e instalaciones generales	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
LISTADO DE COMPROBACIÓN: B2.						
B2.8.3.2. La sala de aislamiento psiquiátrico social ¿cumple con los requisitos técnicos mínimos? R						
B2.8.3.3 ¿El Servicio dispone de una sala de aislamiento microbiológico? O						
B2.8.3.4. ¿Cumple la sala de aislamiento microbiológico unos requisitos mínimos? R						
B2.8.3.5. ¿Existe una sala de aislamiento ante posible y/o descontaminación con garantía ante alerta NBQ?. R						
B2.8.4. Sala de Curas y Cirugía Menor.						
B2.8.4.1. ¿Dispone el Servicio de una Sala de Curas y Suturas? O						
B2.8.4.2. ¿Dispone el Servicio de la infraestructura necesaria para realizar cirugía "limpia" y cirugía "sucia"? O						
B2.8.5. ¿Dispone el Servicio de una sala de información a pacientes y familiares? R						
B2.9. Consultas						
B2.9.1. ¿Es adecuado el número de consultas? O						
B2.9.2. ¿Existe una consulta rápida por cada 50.000 asistencias / año? O						
B2.9.3. ¿El espacio de cada una de las consultas es suficiente? O						
B2.9.4. ¿Están identificadas las consultas para la asistencia a pacientes de patologías específicas? R						
B2.9.5. ¿Existe una sala de espera de pacientes por cada área específica de consultas y próxima a ella? R						
B2.9.6. ¿Están dispuestas adecuadamente las salas de espera? R						
B2.9.7. ¿Existen espacios adecuados para cuidados de enfermería en número suficiente y tamaño adecuado? O						
B2.10. Áreas auxiliares						
B2.10.1. ¿Dispone de salas de trabajo para el personal en número suficiente? O						
B2.10.2. ¿Dispone de sala de descanso del personal adecuada? O						

B2.10.3. ¿Dispone de áreas confortables para el descanso, si el turno es superior a 12 horas? R						
B2.10.4. ¿Dispone de una sala adecuada para descontaminación de personas y material y baño asistido? O						
B2.10.5 ¿Existen vestuarios para el personal dotados de taquillas, aseos y duchas en el área o cercanas a urgencias? O						
B2.10.6. ¿Existe un espacio dedicado a almacén de medicación / fungibles en el propio Servicio? O						

Estructura física e instalaciones generales	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
LISTADO DE COMPROBACIÓN: B2.						
B2.11. Servicios Centrales en urgencias						
B2.11.1. ¿Se dispone durante las 24 horas del día de la posibilidad de realización de pruebas analíticas? O						
B2.11.2. Cuando el Laboratorio no se encuentra en el área de urgencias, ¿Dispone de medios de transporte de muestras adecuados? O						
B2.11.3. Si el Servicio atiende población pediátrica ¿existen disponibles técnicas de micro-método? O						
B2.11.4. Cuando el volumen total de asistencias / año es superior a los 50.000 pacientes ¿Cuenta con una zona de radiología exclusiva para pacientes urgentes? R						
B2.12. Otros						
B2.12.1. ¿Hay una secretaría del Servicio? O						
B2.12.2. ¿Está garantizada la limpieza durante las 24 horas de cada día? O						
B2.12.3. ¿Se dispone de adecuada climatización del Servicio de urgencias? O						
B2.12.4. ¿Se cumple la normativa legal en cuanto a instalaciones adecuadas a personas con discapacidad física? O						
B2.12.5. ¿Se cumplen las normas de seguridad exigidas en las áreas pediátricas? O						

B3. Equipamiento e instrumental

EL SERVICIO DE URGENCIAS CUENTA CON MEDIOS TECNOLÓGICOS QUE GARANTIZAN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA AL USUARIO. ESTOS MEDIOS ESTAN EN CONTINUA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN.

B3.1. Mobiliario general

B3.1.1. El área de admisión dispone al menos de una mesa y un sillón regulable por cada puesto de trabajo, sistema informático y armarios o estanterías para el material administrativo. **O**

B3.1.2. Las salas de espera están dotadas de sillas y/o sillones y mobiliario construido de material duradero y no absorbible. **O**

B3.1.3. La zona de clasificación de pacientes tiene al menos un sillón/camilla regulable, dos sillas, una mesa, armario o estantería y algún elemento que proporcione privacidad. **O**

B3.1.4. Las consultas están dotadas al menos de un sillón regulable, dos sillas, una mesa, lavabo, estanterías y armarios. **O**

B3.1.5. Se dispone de un frigorífico que abastezca con facilidad a la sala de Traumatología y al menos dos taburetes. **O**

B3.1.6. En la consulta de críticos hay frigorífico. **O**

B3.1.7. Las salas de trabajo para el personal facultativo disponen de biblioteca, mesa de reuniones, sillas en número suficiente y equipo informático. **R**

B3.1.8. El Servicio dispone de al menos una sala de descanso de personal con el equipamiento hostelero necesario (mesas, sillas, sillones, televisión, aseo, frigorífico, microondas, fregadero, teléfono y otros elementos). **R**

B3.1.9. Existe un almacén en las mismas dependencias del Servicio dotado adecuadamente, que incluye posibilidad de abastecimiento inmediato para material fungible, medicación y lencería. **O**

B3.2. Mobiliario clínico

B3.2.1. En el área de recepción, el Servicio cuenta con carros y camillas en número suficiente para atender a los picos de demanda asistencial. **O**

B3.2.2. Cada una de las consultas y la clasificación de pacientes tiene, al menos, una camilla de transporte y si no existe posibilidad de acceso inmediato a la sala de críticos, dispone de un carro de RCP compartido por ambas áreas. **O**

B3.2.3. Cada una de las consultas (incluida la sala de yesos) cuenta al menos con una camilla de exploración y/o transporte y un foco de luz. **O**

B3.2.4. La sala de curas y suturas tiene un foco de luz fría. **R**

B3.2.5. La Sala de Observación Camas está dotada de camas móviles y articuladas, elementos que proporcionen privacidad (cortinas, biombos separadores) y al menos un carro de RCP. **O**

B3.2.6. Las áreas de observación de pediatría disponen de camas con medidas de seguridad adecuadas y disponen de cunas adecuadas, constituyendo estas últimas el 50% del número de puestos para observación. **O**

B3.2.7. La Sala de Observación Sillones está dotada de sillones o cómodas camillas reclinables hasta la posición Trendelenburg. **O**

B3.2.8. La Sala de Observación Sillones tienen elementos que proporcionan privacidad (cortinas, biombos separadores). **O**

B3.2.9. La Sala de Críticos está dotada al menos de una camilla móvil y articulada con sistemas de freno. **O**

B3.2.10. La camilla de la Sala de Críticos es radiotransparente. **R**

B3.2.11. La consulta de Traumatología dispone, además del mobiliario clínico propio de consultas, de una camilla fija preparada para la tracción y reducción de fracturas. **O**

B3.2.12. El Servicio está dotado de sistema informático que cubre prácticamente el 100% del tratamiento de la información que se maneja. **R**

B3.3. Instrumental clínico

B3.3.1. La sala de clasificación de pacientes dispone de: guantes de exploración, medidor de glucemia capilar, esfigmomanómetro y termómetro. **O**

B3.3.2. La sala de clasificación de pacientes tiene fácilmente accesible: pulsioxímetro, monitor-desfibrilador y bolsa de ventilación con reservorio. **O**

B3.3.3. Las consultas disponen de: esfigmomanómetro, termómetro, guantes de exploración, gafas de protección ocular, mascarillas, sistemas de administración de oxígeno, aire medicinal, vacío y aspirador de vacío, sistema de visualización de las radiografías y soporte de suero. **O**

B3.3.4. En las consultas están fácilmente accesibles otoscopio, oftalmoscopio, pulsioxímetro, electrocardiógrafo, balanza y tallímetro, monitor desfibrilador y bolsa de ventilación con reservorio. **O**

B3.3.5. En la Sala de Observación de pacientes en camas se dispone de: sistema de visualización de radiografías, monitorización con sistemas de alarma (SpO₂, TA, frecuencia cardíaca y respiratoria), sistema de administración de oxígeno, aire medicinal, vacío y aspiración de vacío, electrocardiógrafo, monitor-desfibrilador, carro de parada, dispositivos de ventilación mecánica, bombas de perfusión continua, marcapasos externo. **O**

B3.3.6. La sala de Observación de pacientes en camas dispone de capnografía. **R**

B3.3.7. La sala de Observación de pacientes en sillones dispone de sistema de visualización de radiografías, fuente de oxígeno, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, pulsioxímetro, soportes de sueros. **O**

B3.3.8. La sala de Observación de pacientes en sillones dispone de electrocardiógrafo, monitor desfibrilador, bomba de perfusión, marcapasos externo. **R**

B3.3.9. La Sala de Críticos está dotada con **(O)**:

- a) Monitorización con sistemas de alarma (SpO₂, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria).
- b) Monitor – desfibrilador.
- c) Electrocardiógrafo.
- d) Marcapasos externo.
- e) Fuente de oxígeno.
- f) Aire medicinal.
- g) Vacío y sistema de aspiración de vacío.
- h) Aparato de ventilación mecánica. Dispositivos de ventilación invasivos y no invasivos
- i) Material para RCP y mantenimiento respiratorio (respirador volumétrico de transporte con funcionamiento a la red y batería).
- j) Balón resucitador autohinchable tipo ambú con juego de mascarillas y sistema de válvula espiratoria. Debe contar con posibilidad de adaptación a bolsa reservorio.
- k) Equipo de intubación (laringoscopio de adulto con juego de palas curvas y rectas de distintos tamaños, juego de bombillas de repuesto, pinzas de Maggil (adulto y pediátrica) fiadores o guías, tubos de Guedel de distintos tamaños.
- l) Botellas de oxígeno portátiles con tomas para respirador de transporte.

B3.3.10. La sala de Críticos dispone de dispositivos de rescate para el manejo de la vía aérea difícil (mascarillas laríngeas u otros dispositivos supraglóticos y Combitube u otros dispositivos facilitadores conocidos por el personal del Servicio) y capnografía. **O**

B3.3.11. La sala de yesos dispone de motor para cortar escayola, tijeras de yeso, cizalla, ditractor, pinzas de pato, cortafríos, tijeras, sistema de visualización de radiografías, esfingomanómetro, férulas de inmovilización tipo Braun. **O**

B3.3.12. La sala de Traumatología dispone de: fuente de O₂, vacío y sistema de aspiración, , férulas de inmovilización, estribos de diferentes tamaños, pesas y sistemas de polea, sistemas de tracción percutánea, collarines cervicales de distintos tamaños y tiene fácilmente accesible el carro de parada. **O**

B3.3.13. La sala de Curas y Suturas dispone de: fuente de O₂, vacío y sistema de aspiración, , set de curas, miniclave para esterilización de material (si se realiza en el Servicio). ○

B3.3.14. Las áreas de pediatría están dotadas adecuadamente ○

GUÍAB3

B3.1 – B3.2. Mobiliario general y clínico

Todas las áreas de urgencias deben disponer de mobiliario general, así como del mobiliario clínico necesario que permita llevar a cabo una asistencia sanitaria urgente adecuada. De igual modo, se debe disponer del mobiliario adecuado para proporcionar el descanso en las mejores condiciones cuando se requiera.

Se considera un requerimiento obligatorio que los pacientes que están siendo sometidos a tratamientos cortos endovenosos o inhaladores puedan ser colocados en posición de Trendelenburg si lo requieren de un modo rápido sin que sea obligado cambiarlos de ubicación para recuperar su hemodinámica.

El Servicio debería estar dotado de un Sistema Informático diseñado de tal forma que permita el seguimiento del paciente y la continuidad de cuidados tanto en hospitalización como en Atención Primaria, que haga posible la obtención de datos estadísticos que puedan utilizarse para el control de calidad y de la investigación y el almacenamiento de información. Si bien la informatización completa hasta la consecución de un Servicio de Urgencias “sin papel” es un objetivo ideal, se considera que hoy en día, al menos el 60% del tratamiento de la información que se maneja en un SUH debe estar informatizada.

El mobiliario pediátrico debe cumplir una normativa de seguridad, fundamentalmente respecto al diseño de los barrotes en cunas, cuya separación no debe ser superior a los 6 cm y en los colchones que no deben tener más de 15 cm de espesor y su cara superior no debe ser blanda para evitar ahogamientos; no debe haber más de 3 cm entre el colchón y los lados de la cuna. Cuando el colchón se coloca en la posición más baja, debe haber un mínimo de 66 centímetros entre éste y la parte superior de la baranda.

En este apartado también se hace referencia al aspecto de almacenaje de material fungible, medicación y lencería que incluye la utilizada para las necesidades de los pacientes.

B3.3. Instrumental clínico

Cada una de las áreas de urgencias debe estar dotada de un equipamiento mínimo que garantice una adecuada atención urgente y/o de emergencia a los pacientes. El criterio especifica los requisitos imprescindibles en cuanto a instrumental clínico.

Para la visualización de las radiografías deberá existir negatoscopio en todas las consultas y en las salas de Observación de camas y sillones o, en el caso de que el Servicio de Radiodiagnóstico esté digitalizado, disponer de un sistema que permita visualizar las radiografías.

Hay hospitales en los que el Servicio de Esterilización está centralizado y no se permite la esterilización de material fuera del mismo. En estos casos se dará por cumplido el criterio cuando el evaluador tenga clara constancia de que se garantiza la esterilización del material de forma adecuada y oportunamente.

Como herramienta de apoyo y monitorización para la evaluación a la cabecera del paciente crítico debería existir un ecógrafo en el Servicio de Urgencias, así como para la realización de determinados procedimientos y técnicas diagnóstico-terapéuticas (paracentesis, accesos vasculares centrales y periféricos...) con el objetivo de disminuir el número de complicaciones y mejorar la seguridad del paciente.

El almacén debe disponer de espacio y de estanterías en número suficiente y diseñado con criterios ergonómicos, debiendo estar asegurado el acceso cómodo a la parte superior de las mismas.

Debe haber un sistema de custodia adecuado para la medicación estupefaciente, de modo que esta quede bajo llave o en caja de seguridad permitiendo a la vez una fácil disposición de esta medicación en emergencias.

Para la adecuada dotación de las áreas de pediatría y de un Servicio de Urgencias Pediátrico se tendrán en cuenta las recomendaciones de la SEUP:

Servicio de Urgencias (en general)	Sala de críticos. Todos los artículos mencionados en el apartado general más:
Monitores cardiorrespiratorios	Hojas con dosificación de drogas específicas de resucitación.
Carro de paradas. Desfibrilador, con monitor y la batería	Sistema de comunicación directa con enfermería, laboratorio, radiología y otros especialistas, preferiblemente manos libres
Termómetros	Necesidades de la Vía Aérea
Pulsioxímetros	Bolsa de ventilación pediátrica y adulto con mascarilla de diferentes tamaños
Aparatos de aspiración nasogástrica	Tubos endotraqueales (del 2.5 al 8.5)
Instrumental para lavado gástrico, con tubos de diferente calibre	Laringoscopios (pala recta y curva) y fiadores
Bombas de infusión	Mascarillas laríngeas
Calentadores de sangre y otros fluidos	Cánulas oro faríngeas y naso faríngeas de diferentes tamaños
Agujas intraóseas	Material para cricotiroidotomía
Mascarillas de ventilación de diferentes tamaños	Ventilación
Nebulizadores y cámaras espaciadoras.	Sistemas de drenaje torácico.
Bombonas de oxígeno transportables	Tubos de toracocentesis
Instrumental para cateterización uretral.	Monitor de CO2 tidal
Agujas de punción lumbar	Nebulizador
Dispensadores de medicación	Pulsioxímetro
Mantas y lámparas calentadoras y/o infusor calentador de fluidos y/o estufa donde se calienten los fluidos	
Escalas de pesos	Ventilador volumétrico
Equipo de irrigación ótico y eliminación de cerumen	Circulación
Electrocardiograma	Monitores no invasivos
Equipos para reparación de heridas: suturas, pegamento biológico, grapas	Bombas de infusión
Sistema de información toxicológica	Calentadores de sangre y otros fluidos

Juguetes y dibujos para niños ingresados	Tabla rígida para compresión cardíaca
	Equipo para vías centrales
	Agujas intraóseas.
	Catéteres, equipos, vías IV
	Monitor, desfibrilador con palas pediátricas
	Trauma y resucitación
	Material para calentamiento.
	Material para enfriamiento.
	Equipo de estabilización espinal, incluido collarines cervicales de diferentes tamaños y tablas espinales cortas y largas
	Box de ortopedia /yesos /curas
Consultas / Boxes.	Tijera, sierra para cortar vendas, yesos
Camillas apropiadas a cada área. En aquéllas en las que se atienda a pacientes graves deben poder variar su posición y acoplarse equipos IV y bombonas de oxígeno portátiles.	Equipos para inmovilización: vendas, férulas, yeso.
Oxígeno de pared, con su correspondiente equipo: cánulas nasales, mascarillas con efecto Venturi y con reservorio.	Material de reparación de heridas: pegamento, grapas, suturas.
Sistema de aspiración de secreciones, incluido de cánulas traqueales.	Muletas
Otoscopio/ofthalmoscopio de pared/portátil	Negatoscopio o sistema de visualización de radiografías digitalizadas
	Si procedimientos de sedo-analgésia: - Fuente de oxígeno - Sistema de aspiración de secreciones - Carro de paradas (material y fármacos para tratamiento ABC) - Hojas con dosificación de drogas específicas de resucitación y sedo-analgésia - Monitorización, incluyendo pulsioximetría y capnografía - Equipo para administración de óxido nítrico
Esfingomanómetro, estetoscopio	Miscelánea
Cánulas oro/naso faríngeas de diferentes tamaños	Material de oftalmología
Bolsa de ventilación pediátrica y adulto con mascarillas diferentes tamaños	Equipo para administración de óxido nítrico
Negatoscopio o sistema de visualización de radiografías digitalizadas	Material ORL
Mobiliario y luminosidad adecuada; lavabo y papeleras.	Material para tratamiento de traumatismos dentales

LISTADO DE COMPROBACIÓN: B3

Equipamiento e instrumental	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
B3.1. Mobiliario general						
B3.1.1. ¿Dispone el área de admisión del mobiliario adecuado? O						
B3.1.2. ¿Están dotadas las salas de espera del mobiliario adecuado? R						
B3.1.3. ¿Dispone la zona de clasificación de pacientes del mobiliario adecuado? O						
B3.1.4. ¿Están dotadas todas las consultas del mobiliario adecuado? O						
B3.1.5. ¿Está dotada la consulta de Traumatología adecuadamente? O						
B3.1.6. ¿En la consulta de críticos hay frigorífico? O						
B3.1.7. ¿Dispone de una sala de trabajo para el personal facultativo dotada adecuadamente (biblioteca, mesa de reuniones y equipo informático)? R						
B3.1.8. ¿Dispone de al menos una sala de descanso de personal con el mobiliario adecuado? R						
B3.1.9. ¿Existe un almacén en las mismas dependencias del Servicio dotado adecuadamente, para material fungible, medicación y lencería? O						
B3.2. Mobiliario clínico						
B3.2.1. ¿Cuenta con mobiliario clínico suficiente el área de recepción? O						
B3.2.2. ¿Cada una de las consultas y la clasificación de pacientes tiene, al menos, una camilla de transporte y si no existe posibilidad de acceso inmediato a la sala de críticos, dispone de un carro de RCP compartido por ambas áreas?. O						
B3.2.3. ¿Cada una de las consultas (incluida la sala de yesos) cuenta al menos con una camilla de exploración y/o transporte y un foco de luz?. O						
B3.2.4. ¿Tiene la sala de curas y suturas un foco de luz fría?. R						
B3.2.5. ¿Está la Sala de Observación Camas adecuadamente dotada? O						
B3.2.6. ¿Disponen las áreas de observación de pediatría de camas y cunas adecuadas en cuanto a número y características? O						
B3.2.7. ¿Está dotada la Sala de Observación Sillones de sillones reclinables hasta la posición Trendelenburg? O						
B3.2.8. ¿La Sala de Observación Sillones tienen elementos que proporcionan privacidad (cortinas, biombos separadores)? O						
B3.2.9. ¿Está la Sala de Críticos suficientemente dotada? O						
B3.2.10. ¿Dispone la Sala de Críticos de una camilla de exploración radiotransparente y carro de RCP? R						

B3.2.11. ¿Está la consulta de Traumatología suficientemente dotada? ○						
B3.2.12. ¿Dispone el Servicio del sistema informático?? R						
Equipamiento e instrumental	SOLICITANTE			EVALUADOR		
B3.3. Instrumental clínico	S	N	N/A	S	N	N/A
B3.3.1. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico el área de clasificación de pacientes? ○						
B3.3.2. ¿El área de clasificación de pacientes tiene fácilmente accesible: ¿pulsioxímetro, monitor- desfibrilador y ambú? ○						
B3.3.3. ¿Están suficientemente dotadas de instrumental clínico las consultas? ○						
B3.3.4. ¿Están fácilmente accesibles en las consultas otoscopio, oftalmoscopio, pulsioxímetro, electrocardiógrafo, balanza y tallímetro, monitor desfibrilador y ambú? ○						
B3.3.5. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la Sala de Observación Camas? ○						
B3.3.6. ¿Dispone de capnografía la Sala de Observación de Camas? R						
B3.3.7. ¿Está dotada la sala de Observación Sillones con negatoscopio, fuente de oxígeno, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, pulsioxímetro, soportes de sueros? ○						
B3.3.8. ¿Está dotada la sala de Observación de Sillones: electrocardiógrafo, monitor desfibrilador, bomba de perfusión, ¿marcapasos externo? R						
B3.3.9. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la Sala de Críticos? ○						
B3.3.10. ¿Está dotada la sala de Críticos de dispositivos de rescate para el manejo de la vía aérea difícil (mascarilla laríngea y Combitube) y capnografía? R						
B3.3.11. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la Sala de Yesos? ○						
B3.3.12. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la sala de Traumatología? ○						
B3.3.13. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la Sala de Curas y Suturas? ○						
B3.3.14. ¿Están las áreas de pediatría dotadas adecuadamente? ○						

Apartado C: Organización funcional (procesos)

PLANIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA

C1. Programa funcional

EL Servicio tiene un Plan Funcional que incluye al menos una descripción general de la estructura, organización y funcionamiento, mapa de procesos y procedimientos, protocolos, vías o guías clínicas disponibles, responsabilidades de cada profesional y tareas a realizar en cada turno. **O**

C2. Admisión

C2.1. El Servicio dispone de un departamento de admisión de pacientes, con actividad de 24 horas. **O**

C2.2. En el departamento de admisión de pacientes se registran al menos los datos de filiación, hora de llegada del paciente, diagnóstico al alta, destino del alta, médico que da el alta y número de orden o de historia clínica que permita identificar el episodio asistencial y hora del alta. **O**

C3. Clasificación de pacientes

El Servicio dispone de un sistema de clasificación de pacientes. **O**

C3.1. La actividad de clasificación se mantiene durante 24 horas. **R**

C3.2. Independientemente de la extensión de la actividad durante la jornada, siempre existe un responsable de la clasificación durante 24 horas que detecta cambios en la afluencia de pacientes que hagan necesaria la clasificación de estos. **O**

C3.3. Los profesionales que realizan la clasificación de pacientes son médicos o enfermeros. **O**

C3.4. Cuando la clasificación es realizada por un enfermero hay un médico asignado para la resolución de dudas o conflictos. **O**

C3.5. Existe un sistema de clasificación adaptado para los menores de 14 años. **R**

C3.6. En Servicios de Urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica existe un sistema de clasificación adaptado a la población pediátrica. **O**

C3.7. El Servicio dispone de un documento que describe claramente los criterios de clasificación de pacientes en función de gravedad - prioridad y área asistencial asignada. **O**

C3.8. El proceso de clasificación recoge al menos: motivo de consulta, valoración de constantes vitales, nivel de prioridad según escala y destino inmediato del paciente. **O**

C3.9. Una vez clasificado el paciente en función del motivo de consulta, se le asigna nominalmente un médico responsable de su asistencia. **R**

C3.10. Una vez clasificado el paciente en función del motivo de consulta, se le asigna nominalmente un enfermero responsable de su asistencia. **R**

C3.11. Cada paciente que inicia su proceso asistencial en el Servicio de Urgencias está asignado a un médico concreto bien por el área de ubicación o nominalmente. **O**

C3.12. A los médicos residentes la actividad se les asigna en función de la especialidad y del año de residencia y figura en el Plan Funcional del Servicio. **R**

C3.13. Existe un procedimiento de actuación escrito ante riesgo NBQ. **O**

C4. Áreas de Observación, Salas Especiales y Consultas

C4.1. Área de observación de pacientes en camas

El Servicio dispone de un documento que describe el el perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital. **O**

C4.1.1. Los criterios de ingreso derivación y alta en el área de observación, están claramente definidos y escritos. **O**

C4.1.2. El tiempo máximo de estancia en esta área no supera las 24 horas. **R**

C4.1.3. El Servicio garantiza en todo momento que los pacientes en observación tienen un médico y un enfermero asignados como responsables. **O**

C4.2. Área de Observación de pacientes en sillones.

El Servicio dispone de un documento que describe el perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital. **O**

C4.2.1. Los criterios de ingreso en esta área de observación en sillones están claramente definidos y escritos. **O**

C4.2.2. El tiempo máximo de estancia en esta área no supera las 8 horas. **R**

C4.3. Salas especiales.

C4.3.1. Sala de yesos.

El Servicio dispone de un documento que describe el perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos y procedimientos técnicos de apoyo. **O**

C4.3.2. Sala de críticos.

El Servicio dispone de un documento que el perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital. **O**

C4.3.2.1. Los criterios de uso de esta sala están claramente definidos y escritos. **O**

C4.3.2.2. El tiempo máximo de estancia en esta sala no supera las 4 horas. **R**

C4.3.2.3. El Servicio garantiza que en todo momento la sala de críticos tiene un médico y dos enfermeros asignados como responsables. **O**

C4.3.3. Salas de aislamiento.

C4.3.3.1. Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de aislamiento microbiológico, así como del perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos de apoyo vital que pudieran ser requeridos. **O**

C4.3.3.2. Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de aislamiento psiquiátrico / social, así como del perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos de apoyo vital que pudieran ser requeridos. **O**

C4.3.3.3. Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de información a pacientes y familiares. **O**

C4.4. Consultas.

El Servicio dispone de un documento que describe el funcionamiento y perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital. **O**

C4.4.1. En aquellos Servicios de urgencias con demanda fluctuante de carácter estacional, cuando ésta supere frecuentemente por turno picos de 70 pacientes de su media asistencial diaria, existe un procedimiento escrito para la implantación de medidas que eviten en lo posible el deterioro de la asistencia. **R**

C4.4.2. El Servicio tiene identificados los procedimientos y cuidados enfermeros a realizar en la misma consulta de exploración. **O**

PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA

C5. Proceso asistencial

C5.1. El Servicio dispone de un documento que describe el proceso total de la asistencia a los pacientes y. **R**

C5.2. Este documento está disponible y fácilmente accesible para todo el personal. **R**

C6. Procesos clínicos

El Servicio dispone de protocolos, procedimientos específicos, vías o guías de práctica clínica, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y en un número suficiente que garanticen que los procesos clínicos más frecuentes (80% del total) y más críticos se ejecutan con un nivel de calidad asistencial acorde con la evidencia científica disponible en el momento presente. **O**

C7. Hoja de asistencia

C7.1. El Servicio cumplimenta una hoja de asistencia (en soporte papel o electrónico) donde se recogen al menos los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, anamnesis, datos de la exploración física, resultados de las pruebas complementarias, juicio clínico, diagnóstico, tratamiento y destino al alta. **O**

C7.2. Las hojas de asistencia y la documentación resultante de las exploraciones complementarias se archivan y están disponibles para su revisión y uso al menos durante cinco años. **R**

C8. Alta

C8.1. A todos los pacientes asistidos se les proporciona un informe de alta acorde a la norma vigente y a los criterios legales de rango inferior que la desarrollan. **O**

C9. Consentimiento informado y otros documentos médico-legales.

C9.1. El Servicio obtiene el consentimiento informado en la forma en que se regula en la

Ley de Autonomía del Paciente. ○

C9.2. El Servicio garantiza la existencia y cumplimentación de aquellos documentos médico – legales de obligado cumplimiento. ○

C10. Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas invasivas.

C10.1. El Servicio dispone de procedimientos escritos que describen el modo de practicar: aquellas técnicas invasivas más comunes en los Servicios de Urgencias. ○

C10.2. El Servicio dispone de procedimientos escritos que describen el modo de practicar los procedimientos anestésicos, consensuados al menos por el equipo del propio hospital: Intubación oro y naso traqueal, protocolo de sedo – analgesia y otros. ○

C11. Enfermería.

El Servicio dispone de procedimientos y planes de cuidados escritos, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y especifica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general. ○

C12. Hemoterapia.

El Servicio acredita la existencia de procedimientos escritos, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y especifica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general en esta materia. ○

C13. Complicaciones médico-quirúrgicas.

El Servicio dispone de procedimientos escritos de actuación ante las complicaciones más frecuentes, más graves o previsibles, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y especifica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general. ○

GUIA APARTADO C: PLANIFICACION Y PRESTACION DE LA ASISTENCIA (C1 – C14)

C1 Programa funcional

Toda organización debe disponer de un plan de funcionamiento escrito. Este plan debe ser una parte del Manual de Organización que se menciona en el apartado A 2, aunque pueda publicarse de forma separada y en un soporte diferente. En el debe describirse el funcionamiento del Servicio de Urgencias de forma detallada y es una herramienta fundamental para conseguir los propósitos establecidos, los objetivos a alcanzar, determinar las responsabilidades de los profesionales en cada momento y facilitar el control y corrección de posibles errores. Es un instrumento útil para entregar al personal de nueva incorporación durante la ejecución del programa de acogida y para la orientación y formación del mismo. Además, permite la evaluación del Servicio por terceros.

C2. Admisión

Hoy en día disponer de un registro de datos y la información que se deriva de ellos es una necesidad. Cada Servicio de Urgencias debe tener un departamento de admisión con capacidad de registrar durante las 24 horas un número mínimo de datos básicos del paciente, que identifique cada caso, de manera que sea recuperable para el análisis sistemático del funcionamiento del Servicio. Esta recogida de datos constituye el substrato de la información sobre la que se basarán las evaluaciones de la actividad asistencial, así como el registro para identificar los casos de estudio para investigación, docencia, mejora de la calidad y otras.

C3. Clasificación de pacientes

En los Servicios de Urgencia de Hospitales los pacientes requieren una asistencia inmediata. Pese a que es un hecho constatado que no todos los pacientes que solicitan asistencia presentan una patología que deba ser atendida de inmediato, sí que es imprescindible identificar aquellas emergencias que se presenten. La actividad de clasificación de pacientes o *triaje* es aceptada como una actividad de riesgo, por lo tanto se considera una actuación que solo puede ser realizada por personal con capacitación específica. Todo Servicio de urgencias debe disponer de un sistema de clasificación con personal sanitario (médicos o enfermeros), capacitado para la valoración de la gravedad o potencial gravedad de un caso. Esta disponibilidad para la clasificación no debe excluir a los Servicios en los que por su frecuentación escasa la demanda pueda ser organizada de una manera sencilla, ya que estos deben también valorar inmediatamente, por personal sanitario, la gravedad de todo paciente que solicite asistencia. Esta capacidad debería mantenerse en todo momento en que el Servicio preste asistencia.

La clasificación de la patología en los Servicios de Urgencias se realiza de muy diferente manera, existiendo gran cantidad de publicaciones científicas en las que esta se agrupa en dos, tres, cuatro o cinco grados. Hoy en día se aceptan de manera amplia como válidos aquellos sistemas estructurados que clasifican al paciente en cinco categorías de gravedad. El Sistema de Clasificación o Triage debe ser un sistema validado, reproducible y estructurado en cinco niveles o prioridades con unos tiempos de respuesta previamente definidos.

El evaluador accederá al documento que se utiliza para la clasificación de los pacientes con el fin de poder comprobar si se recogen los datos especificados por el criterio en este punto. Es recomendable que se asigne cada paciente a un médico de modo que tenga un facultativo responsable desde que se inicia su asistencia (una vez clasificado). Cuando el sistema de clasificación no asigne directamente un médico a cada paciente, al menos por la ubicación de este, debe quedar claramente establecido quién es el facultativo responsable del mismo, de modo que no exista duda a este respecto. El Servicio de Urgencias evaluado deberá poder demostrar que cumple este aspecto con sus procedimientos escritos.

Es frecuente que los médicos residentes realicen tareas asistenciales en los Servicios de Urgencias en los que llevan a cabo parte de su formación. Esto no solo constituye un derecho sino un deber que se acrecienta a medida que el médico en formación profundiza en sus conocimientos y experiencia, adquiriendo progresivamente responsabilidad en sus tareas. Este hecho no puede conducir a descargar trabajo asistencial que corresponde a un médico adjunto con experiencia sobre un médico en formación, ya que se mermaría la calidad de la asistencia. El evaluador valorará en la visita el reparto de cargas asistenciales entre los médicos en formación y los adjuntos. Este aspecto debe quedar reflejado en el plan funcional y esta distribución de tareas será competencia del Jefe del Servicio de Urgencias que llegará a los acuerdos pertinentes con las Unidades Docentes y otros responsables de formación de dichos

residentes.

Actualmente parece necesario disponer además de protocolos o procedimientos escritos para una actuación adecuada ante pacientes con potencial riesgo contaminante como ante situaciones de epidemias emergentes o riesgos de acciones terroristas con posibles contaminaciones NBQ.

GUIAC4. Áreas de Observación, Salas Especiales y Consultas

C4.1 – C.4.2. Área de observación de pacientes en camas y en sillones

En la asistencia urgente no se parte de un diagnóstico etiológico hacia un tratamiento. Las áreas de observación de urgencias, ya descritas desde 1988 por la American College of Emergency Physicians, se han constituido, aunque con variaciones entre los diferentes centros, en una herramienta fundamental en la asistencia en los Servicios de Urgencia de Hospitales. En estas áreas permanecen los pacientes con diagnósticos inciertos o aquellos ya diagnosticados que precisan un control de su evolución aguda para decidir finalmente su ubicación definitiva, reduciendo tanto ingresos innecesarios como errores evitables en las altas.

Al igual que en los apartados anteriores, se hace referencia en este caso a la necesidad de existencia de documentos escritos que especifiquen las tareas y responsabilidades que se generan en esta área del Servicio de Urgencias.

Dado que la asistencia en un área de observación es diferente al de una de hospitalización ordinaria y se persiguen diferentes fines, debería existir algún documento que demuestre que existe un control sobre el tiempo de estancia de los pacientes en estas áreas, que no debe ser superior a 24 horas. En función de la organización de algunos hospitales, estas estancias pueden ampliarse o interrelacionarse con áreas de Corta Estancia que actualmente se han desarrollado en muchos centros, con una fuerte dependencia o interrelación con el Servicio de Urgencias. En todo caso, siempre deberá quedar claro para el evaluador que la estancia mayor de 24 horas se acompaña de unas condiciones de comodidad suficiente para la estancia prolongada, así como de un seguimiento clínico adecuado al nivel exigido en el Servicio de urgencias. Consideramos que las condiciones de estancia mayores de 24 horas deben acompañarse de mejor dotación estructural que la exigida a una sala de observación clásica, a la que se hace referencia habitualmente en estos estándares.

Así mismo, y tal como se ha hecho referencia anteriormente, la observación del paciente en la asistencia a urgencias es fundamental. No debe ser necesariamente de 24 horas, ya que en muchas ocasiones con un periodo mucho más breve puede proporcionarse un diagnóstico o establecerse un plan terapéutico que estabilice una situación urgente. La administración de medicación en tandas cortas en pacientes estables puede realizarse con comodidad para el paciente y ahorro de espacio en salas adecuadas para este fin. Por este motivo se recomienda la utilización de salas de sillones, aunque pueden ser válidas otras estructuras como camillas más ligeras que camas, siempre que permitan cierta comodidad, orientadas a una espera que puede prolongarse hasta en 8 horas (máximo) y que cumplan las características exigidas en el apartado en el que se hace referencia a los sillones.

Las salas de sillones deben ser bien utilizadas y no deben convertirse en salas de espera donde finalmente se ubiquen pacientes que no requieran esta estructura. Los criterios que hacen referencia a estas salas, quieren orientar hacia la necesidad de una protocolización estricta de su utilización. De la misma manera que en la sala de observación de pacientes en camas, en este caso debería existir un documento que

registre la utilización de la misma en unos tiempos aceptables de permanencia que no deberían superar las 8 horas.

C4.3. Salas especiales.

La esencia multidisciplinar de la medicina de urgencias obliga a la intervención habitual en estos Servicios de facultativos especialistas en otros campos. Éstos deben adecuar sus tareas a las necesidades de la asistencia a urgencias, evitando la realización de técnicas que, aunque son factibles en estas áreas especiales, no son apropiadas para el funcionamiento general de un Servicio de Urgencias. Por lo tanto, todas las salas en las que se desarrollen actividades médico-asistenciales especiales deben tener claramente definida su utilidad y funciones para las que han sido designadas.

Este aspecto citado, merece especial atención en cuanto a la sala de críticos, donde se desarrollan los momentos más dramáticos de la asistencia. Esta área debe disponer de un documento donde claramente queden especificadas las tareas y responsabilidades de los distintos médicos que intervendrán sobre los pacientes. Deben existir protocolos claramente redactados, de fácil acceso para los profesionales que trabajan en esta área y son responsables de la asistencia al paciente crítico y se debe velar porque no sea sobreutilizada para el estacionamiento de pacientes críticos estabilizados. A este respecto, debería existir un registro de la utilización de la sala de críticos, que se muestre al evaluador, en la que quede reflejada la actividad y quede documentado que los tiempos de permanencia no son superiores a 4 horas. La asistencia en esta sala debe ser garantizada mediante la existencia, al menos, de un facultativo y un/dos enfermeros/s (dependiendo de la magnitud del Servicio), asignados como responsables, además del personal no sanitario que fuera necesario para el desarrollo del proceso asistencial en el paciente crítico.

En cuanto a las salas de aislamiento deben tener las características ya mencionadas en un apartado anterior y tener descritas sus funciones. Se plantea cada vez como más necesaria la adecuación estructural y la existencia de un procedimiento escrito ante posibles situaciones de riesgo NBQ.

C4.4. Consultas.

Se hace referencia en este punto a la necesidad de existencia de documentos escritos que especifiquen las tareas y responsabilidades que se generan en esta área de consultas.

Es habitual que en la asistencia en el Servicio de Urgencias de hospitales participe personal sanitario que no tiene una titulación específica que le acredite para el trabajo en el mismo. Este hecho es prácticamente la norma en el caso de los Médicos Internos Residentes. Debe plasmarse por escrito el perfil de los profesionales (Médicos Internos Residentes y Médicos Adjuntos) que están capacitados para realizar las tareas en cada área.

Debe existir una consulta rápida que atienda la patología leve o fácilmente protocolizable, permitiendo la utilización de una vía separada para estos pacientes en el Servicio de Urgencias. Esta consulta se acepta hoy en día como una herramienta de trabajo que descongestiona el Servicio mejorando su eficiencia. Debería existir una consulta de este tipo por cada 50.000 asistencias/año o bien cuando por afluencias de tipo estacional, existan periodos en los que se atiendan más de 120 pacientes /día. Si no se cumple esta recomendación, la organización funcional del Servicio debe poder demostrar que, en todo caso, se halla preparado para la coyuntura de afluencia de picos en la asistencia minimizando la ubicación inadecuada de pacientes, al menos en los

picos de afluencia que son habituales (diarios y/o estacionales).

El Servicio debería tener identificadas las consultas para la asistencia a pacientes de especialidades con objeto de ubicar con facilidad a los enfermos desde la zona de clasificación. Así mismo, en las diferentes consultas se debería vigilar, que dispongan del material específico requerido en cada una de ellas. Además, debería existir un responsable por turno y área encargado de garantizar la adecuada reposición y revisión de funcionamiento de todo este instrumental clínico.

C5. Proceso asistencial

La elaboración de un documento que describa el proceso total de prestación de la asistencia, proporciona una información funcional de utilidad para el personal que desarrolla su actividad en el departamento, facilitando el planteamiento de objetivos. Este documento expresado de una manera fácilmente comprensible e incorporando su representación gráfica (diagrama de flujo) debería estar en un lugar fácilmente visible del Servicio.

C6. Procesos clínicos.

Los procedimientos realizados en los Servicios de Urgencias de hospitales que deben estar protocolizados (como mínimo) son los siguientes:

PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES EN URGENCIAS (modificados de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)

1. Manejo inicial de pacientes con fracturas, quemaduras, politraumatizados incluyendo traumatismos craneoencefálicos, trauma abdominal y trauma torácico), lesiones de la mano, cabeza, intoxicaciones, mordeduras de animales, heridas por armas blancas, armas de fuego y otros problemas agudos
1. Síndrome Coronario Agudo
2. Enfermedad Cerebro-Vascular Aguda
3. Reagudización de patología pulmonar obstructiva crónica
4. Fibrilación auricular
5. Reanimación Cardiopulmonar (RCP)
6. Analgesia y sedación
7. Dolor abdominal agudo
8. Manejo de emergencias pediátricas.
9. Transfusiones
10. Clasificación de pacientes (Triage).
11. Protocolos de cuidados de enfermería
12. Circuitos de laboratorio y radiodiagnóstico.
13. Consultas a especialistas

14. Información a pacientes familiares y acompañantes
15. Tratamientos permitidos en la Unidad, incluyendo los procedimientos no realizados por personal médico.
16. Ingresos y altas de pacientes
17. Traslados inter-hospitalarios
18. Procedimientos pediátricos
19. Enfermedades de Declaración Obligatoria
20. Protocolo de realización de alcoholemias
21. Protocolo de actuación en drogo-dependencias
22. Protocolo de asistencia urgencias intrahospitalarias (fuera del SUH)
23. Otros.

Es un hecho aceptado que la utilización de guías prácticas basadas en la evidencia científica permite unificar criterios en el Servicio de Urgencias disminuyendo la variabilidad, lo que mejora su eficiencia. La utilización de estas guías disminuye por ejemplo el número de pruebas diagnósticas innecesarias solicitadas y los ingresos inadecuados, entre otras consecuencias atribuibles a la no-calidad.

El avance constante de los conocimientos científicos obliga a que deban ser revisados con periodicidad basándose en estudios médicos que cumplan criterios de evidencia científica. El evaluador solicitará documentación que acredite que estos protocolos se actualizan con periodicidad. Se recomienda su revisión actualización al menos cada dos años y cuando aparezcan innovaciones claramente efectivas y basadas en la evidencia científica.

C7. Hoja de asistencia

Aquí el criterio hace referencia a la necesidad de reflejar la información en un documento en el que queden recogidos datos de importancia en relación con el proceso médico-asistencial del paciente, junto con los datos básicos exigidos en aquélapartado.

Estas hojas de asistencia y la documentación resultantes de la exploración deberían estar disponibles al menos durante cinco años, periodo que puede cubrir posibles reclamaciones judiciales que se demoran en el tiempo.

C8 - C9. Alta, consentimiento informado y otros documentos médico-legales.

La información que se debe suministrar a los pacientes que son atendidos en un Servicio clínico de un hospital está regulada por 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 (BOE 274 de 15 de noviembre de 2002) y la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984 (BOE de 14 de septiembre de 1984) y disposiciones legales de cada Comunidad Autónoma. Se considera que esta información, no sólo es un derecho de los pacientes, sino que también constituye una herramienta que permite evaluar externa e internamente la

calidad de la asistencia prestada en el establecimiento, siendo asimismo una información necesaria y utilizable para la continuidad de la asistencia al paciente dado de alta, bien sea por otros niveles de atención (fundamentalmente por el médico de familia o en otros hospitales).

El Servicio de Urgencias debe obtener el consentimiento informado en todos los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos de riesgo según se recoge en la Ley 41/2002 excepto en los casos expresamente citados en la misma y recogido en esta como “existencia acreditada de necesidad terapéutica”.

El Servicio de Urgencias debe garantizar la existencia de aquellos documentos médico-legales de obligada cumplimentación. Los principales son:

- a) El parte de lesiones y accidentes por el que el médico comunica a la autoridad judicial la asistencia a un lesionado.
- b) La historia clínica e informe de alta.
- c) El informe: documento emitido por orden de las autoridades o a petición de particulares sobre hechos relacionados con la actividad del profesional que lo firma.
- d) El parte de violencia de género y sospecha de maltrato infantil.

C10. Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas invasivas.

El Servicio de Urgencias debe disponer de procedimientos escritos que describan el modo de practicar técnicas quirúrgicas, diagnósticas o terapéuticas, así como los procedimientos necesarios para la anestesia y sedo-relajación. La utilización de estos procedimientos escritos mejora la calidad asistencial y disminuye los riesgos médico-legales.

Los procedimientos invasivos realizados en los Servicios de Urgencias de hospitales que deben estar protocolizados (como mínimo) son los siguientes:

- a) Anestesia loco-regional
- b) Punción lavado peritoneal
- c) Manejo de la vía aérea.
- d) Vía aérea difícil. Abordaje quirúrgico de la vía aérea
- e) Taponamiento esofagogástrico
- f) Sondaje vesical y punción suprapúbica Accesos arteriales y venosos periféricos y centrales
- g) Punción intraósea
- h) Ventilación mecánica invasiva y no invasiva
- i) Drenaje pleural, paracentesis y pericardiocentesis
- j) Punción lumbar
- k) Sedo-analgesia

C11. Procedimientos de enfermería

Los profesionales de enfermería que desarrollan su labor en un mismo Servicio de Urgencias pueden tener distinto grado de preparación o adscripción a este, procedencia de otros con estilos y métodos de trabajo diferentes y suelen trabajar por turnos. Todo ello dificulta el intercambio de experiencias y criterios entre los profesionales de diferentes turnos, haciendo que su actuación sea diferente ante un mismo proceso con posible repercusión sobre la calidad de la asistencia prestada e incluso en el ámbito legal.

El establecimiento de planes de cuidados escritos y consensuados por el Servicio o al menos por el hospital, al homogeneizar las pautas de actuación, palia o evita estos inconvenientes y reduce los riesgos médico-legales.

Como mínimo deben estar escritos los siguientes:

- a) Sondaje nasogástrico: Indicaciones, técnicas, complicaciones y su solución.
- b) Lavado gástrico.
- c) Sondaje vesical.
- d) Accesos arteriales y venosos, periféricos y centrales.
- e) Vendajes, inmovilizaciones.
- f) Soporte vital.

Otros procedimientos que son recomendables disponer de ellos por escrito:

- g) Analíticas: Diagramas de flujo.
- h) Radiología.
- i) Información a familiares.
- j) Distribución por urgencias.
- k) Triage.
- l) Registros de enfermería.
- m) Accidentes en medio acuático
- n) Protocolo de accidente biológico (pinchazo accidental)
- o) Quemados.
- p) Politraumatizados.
- q) Intoxicaciones.
- r) Convulsiones.
- s) Otros.

C12. Hemoterapia

Los derivados de la sangre constituyen un valioso recurso terapéutico en Urgencias. Son difíciles de obtener, exigen un circuito de producción, una cadena de almacenamiento y condiciones y criterios para su manejo muy particulares.

No suelen estar disponibles en el Servicio de Urgencias, sino que deben solicitarse al Servicio de Hematología de referencia. Tal como se ha argumentado en apartados anteriores, una mayor eficiencia en el manejo de estos productos se consigue protocolizando por escrito los siguientes puntos:

- a) Indicaciones de los hemoderivados.
- b) Circuito de solicitud al laboratorio/ Centro de Hematología.
- c) Autorización/Consentimiento informado del paciente y/o familia.
- d) Cadena de transporte y almacenamiento.
- e) Criterios (mínimos) exigibles para su correcto uso.
- f) Notificación y actuación ante reacciones adversas.

C13. Complicaciones médico-quirúrgicas.

Las complicaciones médico-quirúrgicas se pueden reducir actuando en diferentes niveles, disminuyendo así el negativo impacto socio-sanitario y los problemas médico legales que se derivan de aquellas, resultando una mejora de la calidad asistencial.

Deben estar previstas las actuaciones ante los procesos médico-quirúrgicos con mayor riesgo de complicaciones. Cada Servicio debe tener un documento que detalle la actuación ante la posible yatrogenia de los procesos más frecuentemente realizados en éste.

Debe estar protocolizada la actuación ante al menos las 5 complicaciones médico-quirúrgicas más frecuentes en el Servicio de Urgencias

Entre los procesos con mayor riesgo de complicaciones médico-quirúrgicas en urgencias / emergencias se encuentran:

1. Complicaciones en RCP
2. Manejo del politraumatizado
3. Manipulaciones de fracturas
4. Manejo de los diferentes tipos de shock
5. Neumotórax yatrógeno
6. Reacciones Alérgicas Medicamentosas
7. Falsas vías, cateterismos y Monitorización invasiva
8. Anestias loco-regionales
9. Pacientes anticoagulados
10. Fibrinólisis
11. Hemodiálisis
12. Quemados
13. Sedo-analgesia
14. Prescripción en el paciente pediátrico (errores de dosificación)
15. Otros.

La estructura, características del personal y población atendida o funcionamiento de algunos Servicios pueden facilitar la aparición de situaciones adversas en determinados momentos, que también deberían ser consideradas y reflejadas en un documento escrito, ya que conllevan la necesidad de poner en marcha procedimientos específicos para subsanarlas. Como ejemplo podríamos citar la instauración de consultas rápidas en períodos de mayor frecuentación.

Organización funcional (proceso)	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
LISTADO DE COMPROBACION: C1 – C4.						
C1. ¿Existe un Plan Funcional escrito? O						
C2.1. ¿Dispone el Servicio de un departamento de admisión de pacientes con actividad durante 24 horas? O						
C2.2. ¿Queda registrado un número de identificación, filiación del paciente, hora de llegada y diagnóstico, destino, médico y hora del alta? O						
C3. ¿Tiene el Servicio un sistema de clasificación de pacientes? O						
C3.1. ¿Se mantiene la actividad de clasificación durante las 24 horas? R						
C3.2. ¿Existe siempre un responsable de la clasificación durante 24 horas? O						
C3.3. ¿Es realizada la clasificación por médicos o enfermeros? O						
C3.4. Si la clasificación la realiza un enfermero ¿Hay designado un médico concreto, para la resolución de dudas o conflictos? O						
C3.5. ¿Existe para la población pediátrica un sistema de clasificación adaptado para los menores de 14 años? R						
C3.6. En un Servicio de urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica ¿existe un sistema de clasificación adaptado a la población pediátrica?. O						
C3.7. ¿Existe un documento que describa los criterios de clasificación de los pacientes? O						
C3.8. ¿Queda recogido en el proceso de clasificación el motivo de consulta, las constantes vitales, el nivel de prioridad y el destino inmediato del paciente? O						
C3.9. En el proceso de clasificación, ¿Queda asignado nominalmente un médico a cada paciente? R						
C3.10. En el proceso de clasificación, ¿Queda asignado nominalmente un enfermero a cada paciente? R						
C3.11. Cada paciente que inicia su proceso asistencial en el Servicio de Urgencias bien por el área de ubicación, o por asignación nominal, ¿tiene asignado a un médico concreto? O						
C3.12. ¿Es inferior la asignación de pacientes a los médicos residentes que, a los adjuntos, en al menos un 50%? R						
C3.13. ¿Existe un protocolo de actuación ante posible riesgo NBQ? R						
C4. Areas de Observación, Salas Especiales y Consultas						

C4.1. ¿Existe un documento con descripción escrita del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos, técnicas o soporte vital en el área de observación de camas? O						
C4.1.1. ¿Están definidos por escrito los criterios de ingreso, derivación y alta? O						
C4.1.2. ¿Existe un límite de tiempo planteado en la estancia máxima de los pacientes en esta área de modo que no supere las 24 horas? R						
C4.1.3. ¿Tienen los pacientes del área de observación en todo momento un médico y un enfermero asignados como responsable? O						
C4.2. ¿Existe un documento con descripción escrita del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos, técnicas o soporte vital en el área de sillones? O						
C4.2.1. ¿Están definidos por escrito los criterios de ingreso en esta área? O						
C4.2.2. ¿Está limitado el tiempo de permanencia en esta área a 8 horas? R						
C4.3. Salas especiales						
C4.3.1. ¿Existe un documento con descripción escrita del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos y procedimientos técnicos en la sala de yesos? O						
C4.3.2. ¿Existe un documento escrito, que describa el perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos, vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital en la sala de críticos? O						
C4.3.2.1. ¿Están definidos por escrito los criterios de uso de esta sala? O						
C4.3.2.2. ¿El límite de tiempo estipulado para la estancia en esta sala es inferior a 4 horas? R						
C4.3.2.3. ¿Hay al menos un médico y dos enfermeros, asignados al área de críticos? O						
C4.3.3.1. ¿Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de aislamiento microbiológico, así como del perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos de apoyo vital que pudieran ser requeridos? O						
C4.3.3.2. ¿Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de aislamiento psiquiátrico/social, así como del perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos de apoyo vital que pudieran ser requeridos? O						
C4.3.3.3. ¿Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de información a pacientes y familiares? O						
C4.4. Consultas						

¿Dispone el Servicio de un documento que describa el funcionamiento y perfil de los profesionales que realizan las tareas en esta área de consultas? O						
C4.4.1. En aquellos Servicios de urgencias con demanda fluctuante de carácter estacional que excedan la media de pacientes en un 50% ¿existe un procedimiento escrito destinado a evitar en la medida de lo posible el deterioro de la asistencia? R						
C4.4.2. El Servicio tiene identificados los procedimientos y cuidados enfermeros a realizar en las consultas. R						
Organización funcional (proceso)	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACION: C5 – C9.	S	N	N/A	S	N	N/A
C5. Proceso asistencial						
C5.1. ¿Dispone el Servicio de una descripción del proceso total de la asistencia a los pacientes? R						
C5.2. ¿Es fácilmente accesible el documento de la descripción del proceso asistencial para el personal del Servicio? R						
C6. Procesos clínicos ¿El Servicio dispone de protocolos, procedimientos específicos, vías o guías de práctica clínica, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y en un número suficiente que garanticen que los procesos clínicos más frecuentes (80% del total) y más críticos se ejecutan con un nivel de calidad asistencial acorde con la evidencia científica disponible en el momento presente? O						
C7. Hoja de asistencia						
C7.1. ¿Incluye al menos esta hoja, datos de filiación, antecedentes familiares y personales, anamnesis, exploración física, resultados de pruebas complementarias, juicio clínico, tratamiento y destino al alta? O						
C7.2. ¿Es archivada la documentación resultante de la asistencia, de modo que sea recuperable, al menos durante cinco años? R						
C8. Alta						
C8.1. ¿Se le proporciona a todo paciente un informe médico al alta, acorde a la legislación actual? O						
C9. Consentimiento informado y otros documentos médico-legales.						
C9.1. ¿Se solicita el consentimiento informado en los casos previstos en la Ley de Autonomía del Paciente? O						

C9.2. ¿Existen y son accesibles los documentos médico-legales de obligado cumplimiento? <input type="radio"/>						
C10. Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas agresivas						
C10.1. ¿Dispone el Servicio de documentos escritos que describan los procedimientos y técnicas diagnósticas que se realizan en él? <input type="radio"/>						
C10.2. ¿Dispone el Servicio de documentos escritos que describan los procedimientos anestésicos que se llevan a cabo? <input type="radio"/>						
C11. Enfermería. ¿Existen en el Servicio planes de cuidados de enfermería escritos y consensuados al menos por el hospital? <input type="radio"/>						
C12. Hemoterapia. ¿Existen en el Servicio procedimientos escritos y consensuados al menos por el hospital, respecto a la hemoterapia? <input type="radio"/>						
C13. Complicaciones médico-quirúrgicas. ¿Existen en el Servicio procedimientos escritos y consensuados al menos por el hospital, respecto a la actuación ante complicaciones graves o previsibles? <input type="radio"/>						

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

C14. Formación

C14.1. El Servicio realiza docencia de pregrado.

C14.2. En el Servicio se lleva a cabo docencia de postgrado.

C14.3. En el Servicio se realizan periódicamente sesiones de formación continuada.

C14.4. El Servicio realiza, al menos una vez al mes, sesiones clínicas en las que se discuten casos ciegos o aquellos que por su complejidad o rareza merezcan tal dedicación.

C15. Investigación

El Servicio documenta la existencia de actividades de investigación, trabajos científicos, comunicaciones, ponencias, publicaciones y otros.

COORDINACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA URGENTE

C16. Coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que participan en la atención de Urgencias y Emergencias

C16.1 El Servicio documenta la existencia de actividades de coordinación con otros Servicios sanitarios y no sanitarios que participan en la atención de Urgencias y Emergencias: protocolos conjuntos, actividades de formación, medios de comunicación

específicos, simulacros, talleres, etc. **O**

C16.2 El Servicio guarda y/o archiva la documentación de la asistencia o por los Servicios de Urgencias o derivaciones de Atención Primaria. **R**

C17. Plan de catástrofes y simulacros

C17.1. El Servicio acredita la existencia escrita de un Plan de actuación ante situaciones de catástrofes internas y externas. **O**

C17.2. Este plan es conocido y participado por los profesionales del equipo. **O**

C17.3. Este plan ha sido consensuado con (o al menos conocido por) otros Servicios de Urgencias y Emergencias y entidades que puedan participar en la organización de la atención a la población en situaciones de catástrofes. **O**

C17.4. El Servicio efectúa al menos cada dos años un simulacro o bien una evaluación básica de respuesta ante catástrofe potencial tanto sobre catástrofes internas como externas. **R**

C18 Otros procedimientos no clínicos

C18.1. Existe un procedimiento escrito para la custodia de objetos de valor. **O**

C18.2. Existe un procedimiento escrito para el acompañamiento y ayuda a familiares de pacientes en situaciones de extrema gravedad o exitus. **O**

C18.3. Existe un procedimiento escrito de control manejo de tóxicos. **O**

C18.4. Existe un procedimiento escrito de manejo de productos biológicos contaminados. **O**

C18.5. Existe un procedimiento escrito de colaboración con los trabajadores sociales del centro y especialmente para el cuidado de menores hasta que se haga cargo de su custodia el organismo oficial correspondiente. **O**

C18.6. Existe un procedimiento escrito de reciclaje de materiales fungibles utilizados en el Servicio acorde a las normativas de respeto al medio ambiente. **R**

C18.7. Existe un procedimiento escrito destinado al mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación en todas las áreas del Servicio. **O**

C18.8. Existe un responsable del mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación. **O**

GUIA APARTADO C: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN Y COORDINACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA URGENTE (C14- C18)

GUIAC14

Formación

La Medicina de Urgencias / Emergencias es reconocida como especialidad en numerosos países de nuestro entorno y está en vía de creación en España. A pesar del vacío legal existente en este momento en nuestro país, está claramente aceptado que

se trata de un área de la medicina con un cuerpo de conocimientos propio, un campo de actuación y unas habilidades que requieren un aprendizaje específico. Está reconocida prácticamente por todas las administraciones sanitarias del Estado español, como una categoría profesional específica.

Para conseguir que los Servicios de medicina de urgencias y emergencias alcancen su nivel óptimo en la asistencia a la gran cantidad de pacientes atendidos en ellos, deben estar implicados en la enseñanza de pregrado, postgrado y formación continuada.

Debería existir una colaboración docente entre el personal que trabaja en Urgencias / Emergencias y las Universidades con docencia sanitaria en esa área geográfica.

La docencia de pregrado que se imparta en el Servicio debería ser permanente, reglada y supervisada por médicos de urgencias, originando un beneficio de carácter recíproco. De esta docencia se pueden beneficiar médicos, enfermeros, auxiliares de clínica y profesionales parasanitarios.

Además de los aspectos recogidos en el punto anterior relativos a la docencia de pregrado, en la docencia de postgrado hay que tener en cuenta que no se trata de sustituir las funciones de los trabajadores con personal en formación.

Deberían estar reguladas las funciones de los discentes, así como los horarios y número de enfermos que deben atender los MIR en función del curso al que pertenecen y la evolución de cada profesional en formación.

La docencia postgrado incluye a personal del Área de Salud, Médicos Residentes, Máster de Urgencias, cursos de Doctorado o dirección de tesis doctorales, rotaciones de actualización voluntarias etc. Es conveniente establecer rotaciones por el Servicio además de las guardias, consiguiendo así una enseñanza más reglada.

Los Servicios que estén interesados en ser acreditados en un futuro para la docencia de Médicos Residentes en la especialidad Medicina de Urgencia pueden consultar el documento elaborado por la Secretaría de Formación de SEMES.

Los Servicios que estén interesados en ser acreditados en un futuro para la docencia de Médicos Residentes en la subespecialidad Medicina Pediátrica de Urgencia pueden consultar el documento elaborado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. El Servicio debería disponer de un plan de formación continuada anual que permitiera el reciclaje del propio personal en materias esenciales y/o novedosas. (Ventilación Mecánica No Invasiva, doppler vascular, ecocardiografía, etc.) o su rotación por áreas en las que se realizan habitualmente técnicas que no se desarrollan con la suficiente frecuencia en urgencias como para mantener una destreza y sin embargo, son de inexcusable conocimiento, como el manejo de la vía aérea difícil o la cateterización urgente de accesos venosos centrales.

El programa de reciclajes clínicos debe estar escrito y haber evidencia de que al menos cada año de los dos últimos algún profesional ha hecho un reciclaje.

Las sesiones clínicas suponen una puesta al día y un intercambio de experiencias que tendrán repercusiones muy positivas en el funcionamiento del Servicio. Este debe organizar de manera periódica sesiones clínicas, con la participación de todos sus miembros. Se deberían realizar asimismo sesiones de enfermería.

En centros con reducida plantilla, dichas sesiones pueden unificarse o alternarse, resultando una sesión cada 15 días.

Los avances científicos obligan a la revisión de los protocolos o guías clínicas que se utilizan en el Servicio y en cuya elaboración habrán participado especialistas de diversos departamentos. El tema a protocolizar también puede llevar a realizar sesiones Interdepartamentales o Interhospitalarias, con Atención Primaria o el Centro de

especialidades del Área, entre otros.

La mejora continua de la calidad es un proceso en el que la metodología aplicada puede ser compleja y necesita una buena planificación. Es conveniente entrenar al personal que va a participar en este proceso y contar con el apoyo de la organización en la que se trabaja. Las sesiones que ayuden a entender este proceso de mejora continua allanarán el camino hacia una asistencia de calidad.

En este apartado, el cumplimiento del criterio debe poder ser demostrado con la presentación del documento de registro de las sesiones realizadas por el Servicio en el último año.

C15. Investigación

En los Servicios de Urgencias existe un gran potencial investigador debido a la diversidad de patología médica y social atendida.

Es conveniente que las líneas sean de actualidad en Urgencias, aplicables a la comunidad y con relevancia científica. Derivadas de estas líneas son la producción de comunicaciones a congresos, artículos científicos de calidad y participación en estudios multicéntricos. El evaluador solicitará del centro la presentación de la memoria de actividades científicas realizadas en los últimos años.

Para superar el criterio será necesario demostrar que el Servicio en los últimos dos años, al menos, ha publicado algún artículo científico en revistas nacionales o internacionales de la especialidad de urgencias, ha presentado tres comunicaciones o ponencias a Congresos Nacionales o Internacionales o bien que lidera algún trabajo de investigación financiado por alguna entidad pública o privada.

Es conveniente estipular tiempo de dedicación semanal, mensual o anual para trabajo de investigación no asistencial.

GUIAC16 - . Coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que participan en la atención de Urgencias y Emergencias

Una respuesta eficaz y adecuada a una situación de Urgencia involucra una serie de componentes; por una parte los diversos Servicios de Urgencias de Atención Primaria, los de Emergencias y los Servicios de Urgencias de Hospitales y por otra parte los Servicios no sanitarios como pueden ser Bomberos, Policías, Protección Civil, Cruz Roja y otras ONG y ciudadanos. Todos ellos tienen un papel fundamental en algunas de las fases de la atención a urgencias y emergencias. La actuación coordinada e integrada de todos estos componentes no se improvisa, es necesaria una planificación teniendo en cuenta la demanda habitual y los riesgos previsibles, que pueden ser diferentes en las distintas regiones de España. Cada Servicio debe saber con qué otros Servicios del área implicados en la Urgencia / Emergencia puede o debe inter- actuar, contactar con ellos, valorar y planificar conjuntamente que aspectos y tipos de actividades susceptibles de coordinación pueden emprenderse.

El tipo de actividad será diferente según qué aspecto se pretenda corregir o mejorar. En unos casos serán aconsejables las actividades de formación y en otros establecer protocolos conjuntos.

El criterio exige en este apartado que se pueda presentar por parte del centro un registro de las actividades realizadas en común con otros Servicios implicados en la asistencia urgente.

C17. Plan de catástrofes y simulacros

La planificación de un Servicio de Urgencias/Emergencias debe tener en cuenta los riesgos previsible además de la demanda habitual urgente.

Deben estar en disposición de responder eficazmente a situaciones de catástrofes. Los diferentes Servicios tendrán misiones diferentes. En España es la Dirección General de Protección Civil la encargada, por ley, de organizar la zona.

Los Centros de Coordinación de Emergencias Médicas tienen como misión coordinar y movilizar los recursos sanitarios. Algunos centros, como los hospitales, deben tener por escrito un Plan de Catástrofes Internas.

A medida que la sociedad se va desarrollando y tecnificando, aparecen nuevas situaciones y nuevos riesgos que, junto a las catástrofes naturales pueden llegar a desencadenar otras de distinta naturaleza (descarrilamiento de trenes, accidentes aéreos, atentados terroristas, nucleares, etc.).

Existe evidencia de que la organización y coordinación de los recursos es el mejor instrumento en la lucha contra el azar de las catástrofes. En cualquier situación de catástrofe es esencial definir el campo de actuación y debe existir previamente una preparación del personal y sus organizaciones ya que cualquier reflexión en situación de catástrofe es imposible. Las catástrofes, por su muy baja frecuencia, no son situaciones a las que el personal médico y civil esté habituado, más bien esta circunstancia les hace caer en el olvido originando un descuido en la protección del personal ante su aparición súbita.

La única manera de estar preparados ante las catástrofes es realizar de forma periódica simulacros, con lo que se supervisa la funcionalidad de los dispositivos de emergencia y se mantiene alerta al personal implicado. La realización en el Servicio de Urgencias de simulacros ha sido cuestionada en foros de asistencia a emergencias y catástrofes, argumentándose la dificultad de desarrollarlos en ambientes con frecuencia ya saturados y en los que se vive a diario una situación de estrés de profesionales y pacientes. Por lo tanto no se exige la realización estricta de un simulacro, aunque se incidirá en la escrupulosa descripción del plan de catástrofes internas y externas y la demostración mediante actas del desarrollo en el área de urgencias, en sustitución de los simulacros, de evaluaciones o “*tests* básicos de respuesta” en los que se evalúa sobre el terreno, sin necesidad de la intervención de la simulación, la capacidad de respuesta a eventos propuestos por el comité de emergencias del hospital, debiendo quedar perfectamente documentadas las actuaciones a seguir ante diferentes sucesos. En estas evaluaciones es fundamental la participación de otros sectores del hospital, siendo indispensable la participación del personal de central telefónica del centro.

A este respecto, el Servicio debe poder documentar que esté registrada la realización de al menos un simulacro/test de respuesta básica en los últimos dos años. Así mismo debe poder mostrar un plan de emergencia escrito que sea fácilmente accesible y conocido al menos por el personal del Servicio de Urgencias y personal relevante de los Servicios implicados en la atención a las emergencias del área.

C18. Otros procedimientos no clínicos

El Servicio de Urgencias debe tener también protocolizadas aquellas situaciones no clínicas que se presentan de manera habitual y que inciden en el buen funcionamiento de éste, así como en la mayor satisfacción de sus usuarios. Para ello se exige el cumplimiento de los procedimientos descritos en este apartado.

LISTADO DE COMPROBACION: C14 – C18

Organización funcional (proceso)	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACION: C15 – C16.	S	N	N/A	S	N	N/A
C14. Formación						
C15.1. ¿Se realiza en el Servicio docencia pregrado? R						
C15.2. ¿Se realiza en el Servicio docencia postgrado? R						
C15.3. ¿Se realizan periódicamente sesiones de formación continuada en el Servicio? O						
C15. Investigación ¿Existe documentación de las actividades de investigación? O						
Organización funcional (proceso)	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACION: C16 – C18.	S	N	N/A	S	N	N/A
C16.1 Coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que participan en la atención de Urgencias y Emergencias ¿Existe documentación de las actividades de coordinación con otros Servicios sanitarios y no sanitarios implicados en la asistencia a urgencias y emergencias? O						
C 16.2 ¿se guarda y/o archiva la documentación de la asietncia por los Servicios de Urgencias o derivaciones de Atención Primaria?						
C17.1. ¿Existe en el Servicio un Plan escrito de Emergencias internas y externas? O						
C17.2. ¿Es conocido el Plan de Emergencias del hospital por los miembros del Servicio? O						
C17.3. ¿Es conocido el Plan de Emergencias del hospital por otros Servicios de Urgencias y Emergencias y entidades que puedan participar en la asistencia a la población en situación de catástrofe? O						
C17.4. ¿Se efectúan simulacros sobre catástrofes internas y externas, o bien una evaluación básica de respuesta ante catástrofes, al menos una vez cada dos años? R						
C18. Otros procedimientos no clínicos						
C18.1 ¿Existe un procedimiento descrito para la custodia de los objetos de valor? O						
C18.2. ¿Existe un procedimiento descrito para el acompañamiento y ayuda a familiares de pacientes en situaciones de extrema gravedad o exitus?. O						
C18.3. ¿Existe un procedimiento escrito de control manejo de tóxicos? O						
C18.4. ¿Existe un procedimiento escrito de manejo de productos biológicos contaminados?. O						

C18.5. ¿Existe un procedimiento escrito de colaboración con los trabajadores sociales del centro y especialmente para el cuidado de menores hasta que se haga cargo de su custodia el organismo oficial correspondiente?. O						
C18.6. ¿Existe un procedimiento escrito de reciclaje de materiales fungibles utilizados en el servicio acorde a las normativas de respeto al medio ambiente?. R						
C18.7. ¿Existe un procedimiento descrito para el mantenimiento y reposición de instrumental clínico y material fungible y medicación? O						
C18.8. ¿Existe un responsable del mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación? O						

ABREVIATURAS

BOE. Boletín Oficial del Estado

EFQM. European Foundation for Quality Management

IAM. Infarto agudo de miocardio

INACEPS. Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas

NBQ. Nuclear, biológico, químico

O2. Oxígeno.

ONG. Organizaciones no gubernamentales Sanitarias

RCP. Reanimación cardiopulmonar.

SUH. Servicio de Urgencias de Hospital

SBAR. Situation, background, Assessment, Recommendation

SEMES. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SEUP. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

VIH. Virus de la inmunodeficiencia humana

DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

1. Cameron JM, Baraff LJ, Sekhon R: Case-Mix Classification for Emergency Departments. *Medical Care* 1990; 28:146-158.
2. Baraff LJ, Cameron JM, Sekhon R: Direct Costs of Emergency Medical Care: A Diagnosis-Based Case-Mix Classification System. *Annals of Emergency Medicine* 1991; 20:20-26.
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial*; 6,3:65-74,1.991.
4. Clínicas Quirúrgicas de Medicina de Urgencia de Norteamérica: La calidad en medicina de urgencia. Volumen 3/92. Edit. Interamericana- McGraw Hill.
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Development and Application of Indicators in Emergency Care. Revised Edition. 1.993.
6. Cleary M, Ashby R, Jelinek G, Lagaida R: The future of case-mix in emergency medicine and ambulatory care. *The medical journal of Australia* 1994; 161: S30- 33.
7. David Blumenthal: Part. 1: Quality of care - What is it?. *N Engl J Med* Vol. 335. Nº 12, September 19, 1.996
8. Brook R H, McGlynn and Cleary P D: Part. 2: Measuring quality of care. *N Engl J Med* Vol.335. Nº 13, September 26, 1.996
9. Chassin M R: Part. 3: Improving the quality of care. *N Engl J Med* Vol.335. Nº 14, October 3, 1.996.
10. David Blumenthal: Part. 4: The origins of the quality-of-care debate. *N Engl J Med* Vol.335. Nº 15, October 10, 1.996.
11. Berwick D M: Part. 5: Payment by capitation and the quality of care. *N Engl J Med* Vol.335. Nº 16, October 17, 1.996.
12. Blumenthal D and Epstein A M: Part. 6: The role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med* Vol. 335. Nº 17, October 24, 1.996.
13. Cabré et al: Criterios para acreditación de los Servicios de Medicina Intensiva. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:S6-S17.
14. Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations: Sistema de medición de indicadores y uso en hospitales. Apéndice C. *Manual de Acreditación de Hospitales*. Edit. Standars. 1.996.
15. Hematopoietic progenitor cell collection processing and transplantation. *Accreditation Manual*. Foundation for the Accreditation of Hematopoietic cell Therapy. First Edición – North America 1997.
16. Tejedor Fernández M et al: El coste de los procesos clínicos en los Servicios de Urgencias y Emergencias. *Emergencias* 1998; 10:393-405.
17. Tejedor M y Martín JM: Sistema de calidad en un servicio de emergencias sanitarias. *Rev Calidad Asistencial* 1.999; 14: 671 – 679.
18. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*.1.999.
19. Torres J, Jiménez L, Tejedor M, Keller I, Temes J: Coste por proceso en Urgencias. *Todo Hospital*;157:383-390.
20. Tejedor Fernández M et al: El sistema ABC en el análisis del coste de los procesos clínicos en las Unidades de Urgencias y Emergencias. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:312-320.
21. AENOR. Norma ISO 9001:2008.
22. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. EDITA: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2000.
23. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION: Criterios internacionales de acreditación de hospitales. 2.011. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/diomedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>.
24. Estándares de acreditación de JCI para hospitales, 5.ª edición. Disponible en: <http://es.jointcommissioninternational.org/jci->

25. F.J. Montero Pérez, J.M. Calderón de la Barca Gárquez, L. Jiménez Murillo, A. Berlango Jiménez, I. Pérez Torres, L. Pérula de Torres. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (III): Recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de Urgencias. *Emergencias* 2000; 12: 247-258.
26. Indicadores de Servicios de Urgencias y Emergencias. Secretaría de Calidad, Acreditación y Gestión Clínica. SEMES. 2000.
27. Rivas P et al: Manual de criterios para la acreditación de CMA (primera parte). *Cirugía Mayor Ambulatoria* 2001;6:125-153.
28. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J: Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el modelo de excelencia de la EFQM. Edit. MSD 2001.
29. Servicios de Urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Sociedad Catalana de Medicina de Urgencia y Fundación Avedis Donabedian. Abril 2001.
30. 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. BOE 274 de 15 de noviembre de 2002.
31. Prados A, Marion J, Tejedor M y Moreno E. Herramientas de medida del producto sanitario en la asistencia a urgencias y emergencias. *TodoHospital* Junio 2002; 187: 322-327.
32. Pérez Lázaro JJ, García Alegría J y Tejedor Fernández M. Gestión clínica: conceptos y metodología de aplicación. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (5):305 - 11.
33. Programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía. Manual de Estándares. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud, 2003.
34. Programa de acreditación de unidades de gestión clínica. Manual de Estándares. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud, 2003.
35. Acreditación Docente de los Servicios de Urgencias. Secretaría de Formación de SEMES 2003.
36. Sistema Español de Triage (SET). SEMES, 2004.
37. Urgencias Sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. SEMES, 2003.
38. Tejedor Fernández M, Pérez Lázaro JJ y García Alegría J. Gestión clínica: Aplicación práctica en una Unidad Hospitalaria (II). *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(2):125-31.
39. Casado Martínez JL, Pérez Lázaro JJ, Tejedor Fernández M, Prieto Rodríguez MM, Fernández Ruiz I, Pérez Cobo G y de Manuel Kenoy E. Atención Urgente. Estudio de la situación y propuestas de futuro. *TodoHospital* Julio - Agosto 2003; 198: 427-448.
40. Montero Pérez FJ, Torres Trillo M, López Álvaro J, García Castrillo L, Algarra Paredes J y Parrilla Herranz. La especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias. *TodoHospital* Julio - Agosto 2003; 198: 449-455.
41. López-Andújar Aguiriano L, Aljama Alcántara M, Pérez-Montaut Merino I, Cartelle Pérez T, Casado Martínez JL y Tomás Vecina S. Acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias. *TodoHospital* Julio - Agosto 2003; 198: 456-461.
42. Tejedor Fernández M, Burillo Putze G, Roqueta Egea F, Jiménez Murillo L, Leciñena Esteban MA y Carretero Alcántara L. Gestión clínica en un Servicio de Urgencias. *TodoHospital* Julio - Agosto 2003;198:462-470.
43. Jiménez Murillo L, Calderón de la Barca Gárquez JM, Berlango Jiménez A, Llamas Fuentes R, López Pérez J y Torres Murillo J. Gestión por procesos en Urgencias. *TodoHospital* Julio - Agosto 2003; 198: 471-478.
44. Hermoso Gadeo FE, Aguilar Reguero JR, Medina Alvarez JC, Cortés Bermejo S, Guisán Garrido C y Ayuso Baptista F. Medicina de Urgencias y Emergencias ante las nuevas tecnologías. *TodoHospital* Julio - Agosto 2003; 198:479-495.
45. Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1.984. BOE de 14 de septiembre de 1.984 por la que se regula el informe de alta médica hospitalaria.
46. Martín Tejedor Fernández, Francisco Javier Montero Pérez, Rosa Miñarro del Moral, Francisco Gracia García, Juan José Roig García, Ana María García Moyano. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿cómo hacerlo?. *Emergencias* 2013; 25: 218- 227.
47. Fernando Tejedor Panchón, F. Javier Montero-Pérez, Martín Tejedor Fernández, Luis Jiménez Murillo, José Manuel Calderón de la Barca Gárquez, Francisco Borja Quero-Espinosa. Mejora del proceso de un servicio de urgencias de hospital mediante la metodología Lean. *Emergencias* 2014; 26: 84-93

ANEXOS

ANEXO 1: Modelo de solicitud inicial

ANEXO 2: Glosario de términos

ANEXO 2: Glosario de términos

Acreditación. Evaluación externa del nivel de calidad de un servicio sanitario, usando Criterios preestablecidas y otorgamiento de un certificado al centro.

Base de datos. Conjunto de datos almacenado.

Calidad de la asistencia. Medida en que los servicios de salud mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional. Las dimensiones de la calidad incluyen: la perspectiva del paciente, la seguridad del entorno de la asistencia, la accesibilidad, idoneidad o calidad científico-técnica, continuidad, eficacia, eficiencia y lo oportuno de la asistencia.

Certificación. Procedimiento por el cual una tercera parte asegura por escrito que un proceso, producto o servicio es conforme con unos requisitos especificados.

Confidencialidad. Limitación del acceso a los datos y a la información a los individuos que tengan autorización.

Dato. Observación no interpretada o hecho.

Director. Persona que dirige, controla, supervisa o gestiona una organización o un componente de la misma

Eficiencia. Relación entre los resultados de la asistencia al paciente y los recursos utilizados en la misma.

Equipo de evaluación o de auditoría. Grupo de profesionales designados por la SEMES que trabajan conjuntamente para llevar a cabo una evaluación de un Servicio Sanitario de Urgencias o Emergencias.

Evaluación. Proceso de verificación de que un centro cumple una serie de estándares o criterios.

Evaluador. Persona que lleva a cabo el proceso de evaluación y que cumple con los criterios para ser evaluador. Sinónimo de auditor.

Evaluar. Convertir los datos en información a través de su análisis.

Historia clínica. Informe recopilado por médicos y otros profesionales sanitarios, de una variedad de datos del paciente tales como resultados de la evaluación del enfermo, características del tratamiento y notas de evolución.

Historia clínica completa. Una historia clínica está completa cuando: (1) su contenido refleja el diagnóstico, los resultados de las pruebas complementarias, la terapia facilitada, la condición y evolución del paciente durante el episodio de urgencia o emergencia y la situación del paciente al alta y (2) su contenido, incluyendo cualquier resumen clínico que se requiera o notas finales de evolución, está conjuntado y autenticado y todos los diagnósticos finales y cualquier complicación están registrados sin el uso de símbolos o abreviaturas.

Indicador. Herramienta utilizada para medir, a través del tiempo, la realización de las funciones, los procesos y los resultados de una organización, servicio o procedimiento.

Información. Conjunto de datos interpretados para ayudar en la toma de decisiones.

Listado de comprobación. Formulario de preguntas de verificación necesarias y pertinentes cuyas respuestas permiten deducir con claridad que los requisitos especificados en la norma se cumplen o no por el Servicio solicitante de la acreditación.

Manual de Acreditación. Publicación que incluye los estándares, el organismo de acreditación, requisitos establecidos y el procedimiento a seguir para la solicitud de acreditación.

Medición. Proceso sistemático de recogida de datos, que se repite a través del tiempo o en un momento determinado.

Mejora de la calidad. Estudio y mejora continuada de los procesos de prestación de servicios de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los pacientes y de otros usuarios. Ente los términos relacionados se incluyen: mejora continua de la calidad, mejora de la actuación y gestión de la calidad total.

Criterio (ó estándar). Declaración de expectativa que define las estructuras, los procesos o los resultados que debe poseer o alcanzar una organización para incrementar la calidad de la asistencia.

Plan. Formulación o descripción del método para alcanzar los objetivos.

Proceso. Serie de acciones, actividades, sucesos, mecanismos o pasos interrelacionados y orientados hacia un objetivo.

Programa. Conjunto de la estructura, recursos y de los procesos que se destinan por un centro sanitario específicamente para una actividad determinada.

Protocolo clínico. Herramienta descriptiva o especificación estandarizada para la asistencia del paciente en las situaciones habituales, elaborada a través de un proceso formal que incorpora las mejores pruebas científicas de eficacia con la opinión de expertos.

Sistema de calidad. Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad.

Validez de los datos. Verificación de la exactitud, refleja la verdadera situación.



CORREO ELECTRONICO