

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: MEMORIA DE GESTIÓN DE LOS PAC Y PEAS
DE LA AREA IV NOROESTE DE MURCIA.**

Alumno: DAVID MANUEL MORENO EGEA

Tutor: FRANCISCO SORIANO CANO

Máster Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2017-2018

INDICE

1. INDICE	1
2. ASPECTOS PRELIMINARES	2
2.1 Resumen	2
2.2 Abstrac	3
3. CUERPO DEL TFM	
3.1 INTRODUCCIÓN, ESTADO ACTUAL DEL TEMA.	4
3.1.1 Introducción, Estado actual de tema.	4
3.1.2 Justificación	5
4. MATERIAL Y METODO	5
4.1 Marco general del Sistema Sanitario	5
4.2 Características generales del SMS.	7
4.3 Características del personal de refuerzo	9
5. ANÁLISIS ESTRATEGICO	10
5.1 ANÁLISIS EXTERNO	10
5.1.1. Datos demográficos	10
5.1.2. Recursos sanitarios PAC/PEA del Área IV.	11
5.1.3 Recursos estructurales.	12
5.1.4 Actividad asistencial en el PAC/ PEAs	13
5.1.5 Misión, Visión y Valores en el Plan Estratégico	13
5.1.6 Plan de Salud Regional y su relación con el acuerdo de Gestión del Área y líneas estratégicas	15
5.1.7 Conclusiones sobre el análisis externo	17
5.2 ANÁLISIS INTERNO	18
5.2.1 Estructura funcional	18
5.2.2 Recursos humanos y cartera de servicios	19
5.2.3 Conclusiones del análisis interno	21
5.2.4 Matriz DAFO Y CAME	23
6. PLAN DE ACTUACIÓN PARA PEA/PEAS AREA IV	25
7. CONCLUSIÓN	39
8. BIBLIOGRAFIA	40

2.1. RESUMEN

Contexto: Los servicios de atención continuada (PAC) son un tipo de servicios de urgencias muy utilizado actualmente, y a su vez su gestión es algo bastante complicado y controvertido. En estos últimos años la atención de urgencia ha pasado a ser un pilar de nuestra sanidad. Por ello, se ha de buscar todas las propiedades que puedan ser beneficiosas para su gestión y el personal que trabaja en ellos.

Objetivo: Estudiar la actual situación y establecer una memoria de gestión de los PAC y PEAs del Área IV del Noroeste de Murcia, para lograr unos mejores objetivos asistenciales, financieros y de sostenibilidad, que se encuentren alineados con los propios del Servicio Murciano de Salud y el Acuerdo de Gestión Anual.

Material y método: Se realiza un análisis pormenorizado de las distintas características definitorias de este tipo de servicio y del personal de refuerzo. Mediante un análisis DAFO y CAME y el promedio de actividad, así como una memoria de gestión.

Resultados: Se encontró un promedio de necesidades que, mediante una serie de cambios con procesos estratégicos y procesos de soporte puedan permitirnos una serie de mejoras en el servicio, desarrollando diferentes metas e iniciativas para un servicio más eficiente y mejoras del personal de refuerzo.

Conclusiones: Es necesario un cambio en las características de estos servicios dotándolos de una mejor estabilidad laboral para los refuerzos, involucrándolos más en el servicio y el Área. Permitiendo una mejor formación y una adecuada coordinación entre el personal estatutario y el personal de refuerzo.

Palabras clave: Urgencias, puntos de atención continuada, especial aislamiento, refuerzo sanitario, SMS, gestión sanitaria.

2.2 ABSTRAC

Background: Continuing care services (PAC) are a type of emergency services currently used, and in fact its management is quite complicated and controversial. In recent years, emergency care has become a pillar of our health. Therefore, we must find all the properties that may be beneficial for its management and the staff that works in them.

Objective: Study the current situation and establish a management report of the PACs and PEAs of Area IV of the Northwest of Murcia, to achieve better welfare, financial and sustainability objectives, which are aligned with those of the Murcia Health Service and the Annual Management Agreement.

Material and Method: A detailed analysis is made of the different defining characteristics of this type of service and the reinforcement personnel through a SWOT and CAME analysis, and the average activity, as well as a management memory.

Outcomes: An average of needs was found that, through a series of changes with strategic processes, and support processes, can allow us a series of improvements in the service and develop different goals and initiatives for a more efficient service, and reinforcement personnel improvements

Conclusions: A change in the characteristics of these services is necessary, giving them a better job stability for the reinforcements, involving them more in the service and in the Area. Allowing for better training and adequate coordination between the statutory staff and the reinforcing staff.

Keywords: Emergencies, points of continuous attention, special isolation, sanitary reinforcement, SMS, health management.

3.1 INTRODUCCIÓN, ESTADO ACTUAL DEL TEMA, JUSTIFICACIÓN

3.1.1 Introducción, Estado actual del tema

Partiendo que podemos afirmar que las urgencias extrahospitalarias representan una realidad en la actualidad del ejercicio de la labor sanitaria y un primer foco de actuación en toda Área de Salud. En el ejercicio de nuestra tarea y labor, tanto profesional como de investigadores en Gestión Sanitaria se ha de buscar con la máxima objetividad posible intentar explicar cómo se relacionan esta labor y se gestionan las unidades dentro de la dificultad que entraña la misma definición de lo que es una “urgencia”, que tienen como labor principal responder a la demanda sanitaria urgente de la población. Para ello tienen que proporcionar una asistencia de calidad, eficiente y eficaz¹, entendida esta última como la capacidad que tienen para hacer frente a esta demanda asistencial^{2,3}. Por tanto, aunque no existe una definición clara de que es una urgencia médica. La definición más aceptada es la que es suscrita por la Organización Mundial de la Salud que distingue entre Urgencia Sanitaria definida como “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” de Urgencia que es “aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en un máximo de 6 horas”.^{4,5} Por tanto, es obvio que para poder definir una urgencia es necesario que el paciente padezca una enfermedad que sin tratamiento adecuado evolucione en un periodo de tiempo más o menos amplio hasta comprometer su vida. Otra definición de Urgencia Médica muy aceptada es la propuesta por la Asociación de Medicina Americana (AMA), y el Consejo de Europa: “aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata”⁶. Tenemos, que una urgencia es un problema de salud, que necesita ser atendido con más o menos rapidez y que para ello debemos disponer de los medios ya sean físicos o materiales para su asistencia. Pero incluso en este aspecto existen diferentes criterios profesionales pueden no estar de acuerdo en este tipo de definiciones como urgencias⁷. Para evitar estas discordancias se pueden clasificar las urgencias en función del nivel de gravedad.

Es por ello, donde se enmarca este trabajo, en una visión de estos medios en el Área IV de Murcia y sus características especiales, en la que se atienden las urgencias mediante puntos de atención continuada. Con sus especiales características e historia en los denominados Servicios Extrahospitalarios en la Región de Murcia.

3.1.2 Justificación

El propósito es la exposición de la memoria realizada para el trabajo de TFM, englobando finalmente en la misma, una pequeña descripción del marco general y de las características donde se enmarca y localiza el Servicio a estudio. Desarrollando los datos obtenidos en la legislación actual, las características del Servicio Murciano de Salud al que pertenecen estos servicios de urgencias y su hospital de referencia, junto un análisis estratégico. Así como buscar un plan de actuación para una correcta gestión de los refuerzos, y la mejora de la asistencia, con el fin último de una asistencia adecuada con una mejora de calidad de trabajo de los refuerzos del Área IV.

4. MATERIAL Y METODO

4.1 Marco General del sistema sanitario.

Tenemos que el Sistema Sanitario Español está garantizado por La Constitución Española de 1978⁸ que en sus artículos forma la base sobre la que se realiza y se garantiza nuestro Sistema de Salud. Estableciendo en su artículo 41 el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, y en su artículo 43, reconociendo el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, de las prestaciones y servicios necesarios. Teniendo que en su título VIII, bajo el amparo del artículo 148 se otorgan a las comunidades autónomas las competencias en higiene y sanidad. En el año 1984 se promulga el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, mediante este decreto se establecen tres elementos fundamentales de la Atención Primaria: las zonas básicas de salud, los Centros de Salud y los Equipos de Atención Primaria. En esa época se comienzan a constituir los Puntos de Atención Continuada (PAC) integrados por los médicos y ATS / DUE de los Equipos de atención primaria (EAP).

Así mismo, la Ley General de Sanidad de 1986⁹, (Ley 14/1986, de 25 de abril) estableció el derecho a la protección de Salud de los ciudadanos (Universal) y el tipo de régimen (público con financiación pública), enfocado tanto a nivel preventivo como asistencial, organizando territorialmente la asistencia sanitaria. Esta ley permitió regular los derechos recogidos en la Constitución haciendo efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido por el artículo 43 de CE. Reformando las estructuras sanitarias preexistentes. Pasando de un modelo de Seguros Sociales tipo Bismarck, y modificado posteriormente en años venideros hacia el modelo de Sistema Nacional de Salud tipo Beveridge.

Los componentes principales del Sistema Nacional de Salud que podemos encontrar consisten en una extensión de la cobertura sanitaria pública a toda la población, una equidad en el acceso a las prestaciones, con una financiación pública a través de los presupuestos del Estado y todo ello por medio de una coordinación e integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo asistencial único. En el Capítulo III, de esta ley se determina el Área de Salud como unidad fundamental del Sistema Nacional de Salud, delimitada por factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como de dotaciones sanitarias del área. El artículo 65 establece que “cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de esta y los problemas de salud”.

La Constitución de 1978 en su Título VIII confiere amplias competencias a las Comunidades Autónomas en materia de Sanidad, si bien las transferencias en materia de Sanidad se fueron haciendo de forma paulatina y progresiva, comenzando con la Comunidad Autónoma de Cataluña con el Real Decreto 1517/1981¹⁰ finalizando el proceso en España en Diciembre de 2001 siendo para la Región de Murcia el traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a esta Comunidad con el Real Decreto 1474/2001¹¹, de 27 de Diciembre. Otras leyes han ido implementando modificaciones para ir estableciendo el SNS que tenemos en la actualidad empezando por la Ley 16/2003, publicada el 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud¹², que establece las diferentes prestaciones, la cartera de servicios, así como la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad necesarias para

la puesta en marcha de los centros y servicios sanitarios. Así mismo, define los principios referidos a la planificación y formación de los profesionales de la sanidad, así como al desarrollo y a la carrera profesional y a la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud. Es en esta evolución que a lo largo de los años se han ido incorporando otra serie de leyes que han ido actualizando el SNS como es la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento de 2006¹³, la Ley General de Salud Pública de 2011¹⁴, y el Real Decreto Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del SNS y mejora de la Calidad y la Seguridad de 2012¹⁵, que han ido confiriendo distintas características a nuestro sistema, de manera que el decreto de 2012 provoca una ruptura del modelo de universalidad, con una disminución de derechos, debido sobre todo a la imposición de un sistema con base aseguradora. Al estar vinculado a la situación de asegurados o de beneficiarios de la Seguridad Social.

4.2 Características generales del Servicio Murciano de Salud.

El **Servicio Murciano de Salud** es el organismo público de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas y de la provisión de la asistencia sanitaria, para una población de **1.470.273 habitantes**¹⁶ en 2017. Además, provee de asistencia sanitaria con igualdad de condiciones a desplazados, e inmigrantes. La actual organización territorial se conforma por la Orden de 24 de abril de 2009¹⁷, de la Consejería de Sanidad y Consumo, y está formado territorialmente por **9 Áreas de Salud**.



Figura 4. Áreas Básicas de Salud y Hospitales de referencia de la Región de Murcia. (Fuente: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/154818-AS.pdf>)¹⁸.

El sistema de **urgencias extrahospitalarias** del Servicio Murciano de Salud está compuesto por: **UME** (Unidad móvil de emergencia), **SUAP** (Servicio Urgencia Atención Primaria), **PAC** (Punto Atención Continuada) y **PEA** (Punto Especial Aislamiento)

Tanto **UME** como los **SUAP** son gestionados funcional y administrativamente por la **gerencia del 061** en la Región de Murcia, pero también existen otro tipo dispositivos extrahospitalarios de continuidad asistencial y urgencia, en los que se realizan guardias con personal sanitario ampliando la jornada diurna y nocturna de los centros de salud son los denominados **PAC y PEA**. Éstos son dependientes de las **Áreas de Salud**, y su personal pertenece a Atención Primaria, realizados además complementando las horas por los llamados refuerzos sanitarios, con consultas independientes del Centro de Salud y ambulancia para traslado en los PAC, y con vehículo en los PEAs. La gran diferencia para que el 061 active la unidad del SUAP o del PAC consiste básicamente en la misma, siendo la localización de la Urgencia la que determina si es uno u otro dispositivo el que se activa. Respecto a los recursos humanos en los SUAP suele haber dos equipos Médico-Enfermero y disponen de celador. En los PAC, en general, el equipo está compuesto solamente por un médico, y un enfermero que asumen las funciones del celador, junto a un conductor. En los PEAs no suele existir ambulancia, ni conductor. Sí es necesario, para trasladar al enfermo se coordina con 061 el tipo de ambulancia que se pide. Un ejemplo de clasificación según el Área es la siguiente tabla:

 	PAC	PEA
ÁREA I. MURCIA	Campo de Cartagena/Corvera Librilla	Campos del Río
ÁREA II. CARTAGENA.	Portmán La Manga	
ÁREA III. LORCA	La Paca Puerto Lumbreras	Ramonete La Parroquia
ÁREA IV. CARAVACA	Bullas Calasparra Moratalla	Benizar El Sabinar Cañada de la Cruz
ÁREA VI. VEGA MEDIA DEL SEGURA.	Fortuna Abanilla	
ÁREA VII. MURCIA ESTE.	Beniel	
ÁREA IX. VEGA ALTA DEL SEGURA	Blanca	

Tabla I: PAC y PEA de la Región de Murcia distribuidos por Áreas de Salud. (Fuente: elaboración propia).

4.3 Características del personal de refuerzo sanitario de Murcia.

En los **PAC y PEA** de la Región de Murcia conviven **dos tipos de personal**, que prestan sus servicios en la llamada “atención continuada”. El personal sanitario de los **Equipos de Atención Primaria (EAP)** que desarrollan su jornada complementaria durante las tardes y noches, librando la mañana siguiente, siendo asumido su consulta por los compañeros o por un sustituto. Por otro lado, el personal sanitario con contrato de **Refuerzo**, que realiza su jornada ordinaria durante las tardes-noches de los días laborales y festivos. En 1990 se suscribe un acuerdo entre la Administración Sanitaria del Estado (INSALUD) y sindicatos. Por tanto, esta figura es nacida del acuerdo suscrito el 18-1-1990 por los representantes de la Administración Sanitaria del Estado y las Centrales Sindicales CEMSATSE, CCOO, UGT y CSIF, publicado por Resolución de la Dirección de Trabajo de 20-2-1990 (BOE de 14-3-1990)¹⁹, en cuyo apartado tres se establecía la disposición. Los nombramientos de refuerzo se realizan al amparo del *Artículo 54 de la Ley 66/1997²⁰, de 30 de diciembre de Medidas fiscales, administrativas y del orden social*, así como de la *Ley 30/1999, de 5 de octubre²¹, de Selección y Provisión de Plazas de Personal*, que prevé la posibilidad de nombramientos de carácter eventual para la realización de la atención continuada y guardias, los fines de semana y festivos o bien para días laborables, bajo la necesidad que las instituciones sanitarias permanecieran abiertas las 24 horas a fin de satisfacer la demanda sanitaria que requiera la población. Pero existe la **problemática** en Murcia de que la figura del refuerzo de atención continuada no se contempla como tal dentro del *Estatuto Marco Ley 55/2003²², el artículo 9.3*. Su peculiaridad radica en el propio nombramiento, que aunque bajo el amparo de un alta permanente de la Seguridad Social la prestación viene determinada por los servicios prestados, siendo actualmente interpretada por el SMS bajo el *artículo 25.2 de la Ley 7/2007²³, de 13 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público*, que establece la peculiaridad de considerar los servicios efectivos, siendo peculiar ya que en el caso de los refuerzos su nombramiento por su propia naturaleza tiene la característica de prestarse determinados días del mes. Por tanto, a efectos de antigüedad en el SMS y trienios los refuerzos del SMS computan los días en los que efectivamente se ha prestado los servicios para los que han sido nombrados.

Siendo dicho computo independiente al derecho al mantenimiento del alta interrumpida en la Seguridad Social durante el nombramiento. Existiendo en Murcia sentencias sobre el tema a favor del SMS, entre ellas:

- Sentencia 126/2008, de 21 de abril del Juzgado de lo Contencioso Nº 6 de Murcia, dictada en el Procedimiento Abreviado 1070/2007.
- Sentencia 523/2009, de 16 de julio del Juzgado de lo Contencioso Nº 6 de Murcia, dictada en el Procedimiento Abreviado 1054/2008.
- Sentencia 277/2011, del Juzgado de lo Contencioso Nº 3 de Murcia, dictada en el Procedimiento Abreviado 556/09.

Por tanto, los refuerzo del SMS tienen un alta permanente en la Seguridad Social, pero en el cómputo de antigüedad y tiempo trabajado solo computan los días realmente realizados.

5. ANALISIS ESTRATEGICO

5.1. Análisis externo.

5.1.1. Datos demográficos: El hospital de referencia del Área IV (Noroeste) de la Región de Murcia es el **Hospital Comarcal del Noroeste**, se localiza en Caravaca de la Cruz y en él se encuentra la dirección de la Gerencia del Área. Los municipios a los que les pertenece dicho Hospital son: Caravaca de la Cruz (con 25633 habitantes), Cehegín (15193), Bullas (11546), Calasparra (10204) y Moratalla (8048), estos datos se corresponden a la Estadística del CREM del Padrón Continuo a 1 enero 2017¹⁶. Haciendo un total de **72.624 habitantes** censados en el Noroeste de la Región de Murcia. Debemos también tener en cuenta las fiestas de Caravaca, los encierros de Moratalla y Calasparra, que hacen que aumenten la población en esas épocas festivas, siendo necesario la planificación de determinados refuerzos añadidos asistenciales. Por otro, debemos tener en cuenta la población constituida por inmigrantes no censado, así como el turismo rural de la zona que es amplio y abundante.



Figura 2: Delimitación geográfica del Area IV de Salud de la Región de Murcia²⁴

5.1.2.- Recursos sanitarios del Área:

En el Área del Noroeste se divide en **seis Zonas Básicas de Salud**: Caravaca, Caravaca-Barranda, Bullas, Moratalla, Calasparra y Cehegín cada una con sus respectivos consultorios. A su vez, la asistencia sanitaria a la población en urgencias extrahospitalarias se divide:

A) Los Puntos de especial aislamiento (PEAs) son centros específicos de *atención 24 horas*, que tienen la peculiaridad de estar localizados en área de difícil acceso o con unas malas comunicadas por carretera, siendo imposible la atención urgente en un margen de tiempo adecuado, estas son atendidos por el propio equipo de atención primaria que trabaja en el Consultorio, que además reside en la zona con una vivienda específica para el médico y otra para el enfermero y refuerzos. En el Área IV, como ya mencionamos en la Figura 1 son: Cañada de la Cruz, El Sabinar y Benizar, los cuales presentan la peculiaridad de tener guardias localizadas bajo el siguiente horario: Guardia de Atención Continuada presencial de lunes a jueves de 15:00 a 18:00 horas y localizada desde las 18:00 hasta las 08:00 horas del día siguiente. Los Viernes Guardia de Atención Continuada presencial de 15:00 hasta las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 horas hasta las 08:00 del sábado. Los Sábados Guardia de Atención Continuada Presencial de 15:00 a las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 hasta las 08:00 horas del Domingo. Domingos y Festivos: Guardia de Atención Continuada Presencial de 08:00 a las 22:00 horas y localizada desde las 22:00 hasta las 08:00 horas del día siguiente.

B) Los puntos de atención continuada (PAC) atienden aquellas Zonas Básicas de Salud que no cuentan con un sistema de urgencias extrahospitalario como tal, lo que ocurre en el Centro de Salud de Bullas, Moratalla y Calasparra. Los PAC, *prestan asistencia de 15.00h a 8.00h*, de lunes a sábado y 24 horas los domingos y festivos, teniendo dependencias para esos menesteres.

C) Además de los dependientes de la gerencia de Área IV existen dos **Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (SUAP)**, dependientes de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 desde junio de 2012, uno en Caravaca de la Cruz y otro en Cehegín. Y una **Unidad Móvil de Emergencias (UME)**, con base en Caravaca de la Cruz.

5.1.3 Recursos estructurales actuales de Atención Continuada.

A) PUNTOS DE ESPECIAL AISLAMIENTO (PEAs):

- 1.-Consultorio de Cañada de la Cruz (Punto de Especial Aislamiento).
- 2.- Consultorio de Benizar (Punto de Especial Aislamiento)
- 3.- Consultorio de El Sabinar (Punto de Especial Aislamiento)

Se usan las mismas dependencias del Consultorio y además existe un piso para médico que presta sus servicios durante la semana en cada uno de los PEAs y otro para el enfermero de la semana y refuerzos de fines de semana y festivos. Tienen un vehículo 4x4 para la asistencia médica (Nissan Pathfinder), preparado para una primera asistencia urgente de primera instancia, siendo necesario para traslado de pacientes pedir al CCU una ambulancia ya sea medicalizada o convencional para traslado al Hospital. Actualmente, tiene cada uno de los PEAs un móvil corporativo funcionando bajo la red Vodafone.

B) PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC):

- 4.-Centro de Salud de Moratalla “Dr. Fernández Valero”.
- 5.- Centro de Salud de Calasparra.
- 6.- Centro de Salud de Bullas “Dra. María Eugenia Moreno”.

Existe dependencias en cada centro de salud para las urgencias, con habitación para el médico, enfermero y conductor. Las guardias las realiza el equipo de atención continuada durante la semana en los distintos centros de salud, completando cuando no es posible, ya sea por imposibilidad del EAP, o por falta de personal las horas con refuerzos y los fines de semana a partir del sábado desde las 15:00 horas, la atención continuada se realiza por personal de refuerzo. Con guardias presencias de 17 horas o 24 horas. En el caso de Bullas solamente un enfermero de EAP realiza guardia de Atención Continuada, por lo que el servicio de urgencias es atendido por personal de refuerzo. Tienen ambulancia medicalizada con conductor coordinada por el CCU (Centro de Coordinación de Urgencias dependiente del 061) sus salidas.

5.1.4 Actividad asistencial en los últimos 5 años en el PAC/ PEAs del Noroeste.

Los datos han sido obtenidos desde la Subdirección de Gestión de la Gerencia única del área IV y del Servicio Murciano de Salud, no están publicados.

Datos de Urgencias

Año	Asistencias realizadas	Visitas por paciente/año.
2013	48805	21182
2014	44548	20182
2015	51425	20517
2016	51816	22438
2017	54648	23291

Tabla 2: Datos internos no publicados del Área IV y OMI.

5.1.5.- Misión, Visión y Valores en el Plan Estratégico de la Gerencia*.

La Gerencia del Área IV de Servicio Murciano de Salud dentro de su intranet tiene publicados²⁴ la misión, visión y valores estratégicos propuestos para el Área, los cuales son los siguientes según reza en el documento:

Misión²⁴: El Área IV es una organización perteneciente al Servicio de Salud, cuya finalidad es la provisión de atención sanitaria a los ciudadanos de su área, así como al resto de ciudadanos en los servicios en los que es referencia. Una atención orientada al paciente que comprende la asistencia sanitaria integral, de tipo preventivo, curativo, rehabilitador y de promoción de la salud, de calidad, humana, basada en conocimientos científico-técnicos actualizados y en las mejores evidencias disponibles, ejercida de forma efectiva y eficiente y que gestiona de forma racional y sostenible los recursos, teniendo en cuenta el medio ambiente.

Es una organización generadora de conocimiento, que ejerce la docencia pre y postgraduada, investiga y que integra los avances tecnológicos atendiendo en todo momento los requerimientos éticos y morales propios de la actividad y de la sociedad en su conjunto. Con todo ello debe lograr satisfacer las expectativas de la población, asegurando la equidad y accesibilidad, lograr el bienestar y satisfacción de sus profesionales y contribuir a elevar el nivel de salud del Área.

Visión²⁴: El Área IV del Servicio Murciano de Salud pretende ser una organización sanitaria integrada en el entorno y en la sociedad, que aspira a alcanzar la excelencia: Prestando una atención continuada, integral, integrada, basada en la gestión de procesos y en la evidencia científica, personalizada y segura, efectiva y eficiente, respetando los valores éticos y la autonomía del paciente.

Disponiendo de infraestructuras adecuadas a los requerimientos y prestaciones sanitarias, seguras, cómodas y saludables. Contando con personas formadas, cualificadas, competentes, reconocidos, motivados, comprometidos con la organización e individualmente satisfechos, en un clima laboral cordial y cooperante. Siendo un referente en la utilización de nuevas tecnologías sanitarias y de sistemas de información, innovadora y generadora de conocimiento. Fomentando las actividades de formación, docencia e investigación. Siendo líderes y referentes en nuestras prestaciones sanitarias, por su nivel de calidad y efectividad. Realizando una gestión eficiente de los recursos, con el medio ambiente que propicie el desarrollo sostenible de la asistencia sanitaria. Logrando el máximo nivel de salud de la población, fomentando la participación de los ciudadanos en las decisiones sobre su salud y su implicación en conseguirlo. En definitiva, convertirse en el área donde quisieran ser atendidos los usuarios y donde quisieran trabajar los profesionales del SMS.

Valores estratégicos²⁴: Estos son los valores que han sido consensuados, priorizados y ordenados en función de su importancia, por el grupo de trabajo:

- El usuario como eje y centro de la organización.
- Competencia profesional.
- Responsabilidad en el uso de los recursos públicos.
- Humanización de la Organización.
- Trabajo en equipo.
- Justicia, equidad y accesibilidad.
- Compromiso con la calidad.

- Compromiso con la organización.
- Cuidando a los profesionales.
- Sostenibilidad.
- Gestión del conocimiento e innovación.
- Transparencia y comunicación.
- Participación en la toma de decisiones.
- Garante de la confidencialidad de la información.
- Compromiso con el medio ambiente.

5.1.6 Plan de Salud Regional y su relación con el acuerdo de Gestión del Área y líneas estratégicas 2018.

El último Plan de Salud publicado en la Región de Murcia²⁵ corresponde al periodo 2010-2015, al haber finalizado el período de vigencia de ambas referencias, está pendiente la elaboración de un nuevo Plan de Salud, así como la Estrategia del Servicio Murciano de Salud para el período que comienza en 2018, el cual todavía no estaba publicado cuando se comenzó el presente trabajo. Por lo que los objetivos del Acuerdo de Gestión se mantienen en la línea de años anteriores poniendo el énfasis en la sostenibilidad del sistema, la garantía de accesibilidad a los servicios y la mejora continua de los resultados de la atención sanitaria a través de la monitorización de la calidad y seguridad de la atención sanitaria²⁵. Observamos algunos objetivos que atañen directamente a la actividad de urgencia Extrahospitalaria como son:

- Reducir la demora de tiempo de atención en la fase aguda de cardiopatía isquémica e ictus, mediante la elaboración de protocolos de actuación común en toda la red asistencial urgente, EAP, SUAP, UME y servicios hospitalarios.
- Elaboración de protocolos de atención a los pacientes con ictus, según las recomendaciones de las guías clínicas.
- Reducir la frecuentación de Urgencias a menos de 500/1000 habitantes.

En cuanto a acuerdo de Gestión, el último acuerdo disponible de forma pública en la intranet del Área es el Acuerdo de Gestión 2018²⁶, vigente desde el 1 de

enero de 2018, en el cual no figura ninguna línea estratégica específica referida al área de estudio, aunque si pueden afectar a los PAC/PEAs las medidas que establecen un ahorro de gasto de personal, la revisar de la situación de personal eventual y eliminación de algunas guardias localizadas, así como la formación continuada. Podemos resumir los siguientes puntos, en los cuales pretenden avanzar en:

- Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud, la mejora continua de la calidad asistencial y la satisfacción de los ciudadanos que utilizan los servicios y garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales.

Sus principales objetivos son los que rezan a continuación, tal cual son descritos en el documento:

- Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud.
- Monitorizar la Calidad y Seguridad de la atención sanitaria.
- Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.
- Uso racional de los medicamentos.
- Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.

Bajo el amparo de estos puntos existen una serie de indicadores, anexos, formulas y metas, que describen un conjunto de puntos a los que la Gerencia del Área IV debe llegar para mejorar su gestión.

*Nota: redactado y transcritos de los documentos originales.

5.1.7 Conclusiones sobre el análisis externo.

Teniendo en cuenta que en Hospital de referencia de los PAC/PEA es un Hospital de primer nivel, y que presenta una serie de características en cuanto a derivaciones y gestiones de traslados. En su conjunto el mayor problema que podemos encontrar es la gran **dispersión geográfica** que presenta el Área IV, y sus características intrínsecas de la Atención Continuada, con un solo equipo para atender la Zona, pero sobre todo en los PEAs con los problemas que conlleva a la hora de la atención urgente, que queda condicionada muchas veces por los horarios, el desconocimiento de estos, y la falta de ambulancia presencial cercana en la zona.

Otro factor es que la atención a las Urgencias Extrahospitalaria es realizada por diferentes dispositivos de asistencia, teniendo muchas veces **problemas de coordinación**, ya sea por desconocimiento de la Gerencia del 061 a la hora de la atención telefónica por parte del CCU (Centro Coordinador de Urgencias del 061) quien tiene la potestad para su movilización, o la **falta la conocimiento** de quien atiende una zona u otra, desconociendo muchas veces que los PEAs de Moratalla tienen asistencia, y nos es necesario movilizar a el PAC de Moratalla para atender esa zona. De manera que es necesario e indispensable una mayor coordinación entre estos dispositivos de PAC y PEAs con la gerencia del 061 y el 112.

En este enfoque también pueden existir problemas a la hora de **gestión de recursos**, dado que es poco factible económicamente disponer en los PEAs de ambulancia medicalizada, ni de conductor. Pues bien, considerando este punto, puede darse el caso de pedir una ambulancia si la urgencia lo requiere medicalizada, siendo necesario que sea movilizada UME del 061 disponible en la zona, o se tenga que desplazar la ambulancia del SUAP de Caravaca o la del PAC de Moratalla, dejando sin atención su centro sanitario. Con los problemas que lleva para su población y el desplazamiento si así lo requiere la urgencia por parte del paciente en ese instante por medios propios al Hospital, produciendo un incremento puntual de la puerta de urgencias de Hospital Comarcal del Noroeste, con el malestar a los profesionales que puede acarrear esa demanda.

5.2 Análisis interno.

5.2.1 Localización y estructura funcional.

Teniendo en cuenta que los distintos servicios de Urgencias de los PAC y PEAs son diferentes en ubicación y estructura. Podemos establecer algo unitario como que todos están situados en la planta baja de los distintos centros y consultorios. Cuentan con una puerta que da acceso desde una sala de espera donde están ubicados los asientos para los distintos pacientes, que funcionan como una especie de sala de admisión, por donde entran los pacientes que acuden por sus propios medios y los que por otros motivos pueden acudir por transporte sanitario. Normalmente encontramos en los PAC y PEAs con diferencia en su **estructura** lo siguiente:

- Sala de espera.
- En los PAC tienen un control de acceso, donde se ubica en Moratalla y Calasparra el vigilante de seguridad. Y en Bullas el celador, teniendo un ordenador. En los PEAs este control no existe.
- Despacho médico con enfermera automática para monitorizar a los pacientes.
- Sala de curas y exploración que cuenta con material y medios para las distintas intervenciones y urgencias que puedan ocurrir, asistiendo un banco de trabajo, estanterías para medicación, camilla de exploración, así como una mesa, lámpara de múltiples focos, y banquetas regulables en altura. Estas salas a su vez actúan como posible sala de hemodinámica con un electrocardiógrafo, monitor desfibrilador, mesa de parada, material para vía área, canalización de accesos periféricos. En esta sala es donde se reciben a los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias o aquellos en cuya recepción por su gravedad requieren ir a la camilla. Tienen además frigorífico y autoclave para material usado en el Servicio.
- Sala polivalente con balones de oxígeno y estanterías con distinto material. En el PAC de Moratalla esta sala es usada como sala de hemodinámica con 1 electrocardiógrafo y monitor. En el PAC Calasparra esta sala contiene cuatro camillas y es utilizada para tratamiento de oxigenoterapia y tratamientos con vías periféricas.

- En el PAC de Bullas es usada para extracciones del Centro y para tratamientos de oxigenoterapia, teniendo el monitor y electrocardiógrafo en el despacho médico de urgencias. LOS PEAs carecen de esta sala, siendo usados los despachos de enfermería para el tratamiento de oxigenoterapia y toma de tensiones arteriales y glucemias.
- Las salas citadas, médicas y de curas cuentan con ordenador e impresora láser, pila de lavado de manos, y cajones para diferentes materiales. En los PEAs las salas de cura no tienen ordenador estando en el despacho de enfermería.
- Además, existe un almacén de medicamentos y almacén de material fungible. Que en el caso de los PAC pueden ser varios.

5.2.2 Recursos humanos.

La asistencia sanitaria a la población que realiza la Gerencia de Área IV la hace a través de tres ambulancias medicalizadas en los PAC, dos SUAP (Caravaca 13 y Cehegín 14) y una UME (pertenecientes los tres a la Gerencia del 061, con turnos de 24 horas con una periodicidad de 5 días). Cada unidad medicalizada está dotada con equipamiento de electromedicina más un equipo profesional compuesto por médico, enfermero, y 1 técnicos-conductores en el caso de los PAC. Los turnos de guardia en los PAC son de 17 horas de lunes a sábado en los PAC, y domingo 24 horas. Son movilizadas directamente por llamada al centro o por llamada del CCU o tras la petición de cualquiera de los equipos que las soliciten tras la valoración del paciente. Los PEAs por su peculiaridad tienen otro horario (como ya se ha citado anteriormente), y no tienen ambulancia presencial en el centro, teniendo que solicitarla si así lo requieren al CCU. En cuanto a recursos humanos encargados de la asistencia sanitaria que realicen guardias, la gerencia cuenta con siguientes trabajadores, de los cuales:

- Facultativos: 15
- Facultativos de refuerzo: 14
- Enfermería: 12
- Enfermería de refuerzo: 13
- Celadores: 4
- Conductores: 12

En los PAC el sistema queda dividido en el momento actual en siete facultativos que trabajan en el Centro de Salud, que hacen guardia de lunes a sábado en el PAC de Calasparra, librando al día siguiente y cinco facultativos que hacen guardia en el PAC de Moratalla. Además de seis enfermeros en el PAC de Calasparra, uno en el PAC de Bullas, y cinco en PAC de Moratalla. El resto de las guardias que no pueden realizar los titulares durante la semana, así como los sábados por la tarde-noche, o los domingos en estos Centros son realizados por el personal de refuerzo que queda dividido en dos refuerzos médicos y dos refuerzos de enfermería en PAC Calasparra y PAC de Moratalla, siendo cuatro refuerzos médicos y tres refuerzos de enfermería en el PAC de Bullas.

En los PEA existe un equipo de un médico y un enfermero durante la semana, que realizan guardias presenciales y localizadas. Y un equipo desde los viernes, y todo el fin de semana, de un médico y un enfermero repartido los dos equipos de refuerzos existentes, en fines de semana alternos, con guardias presenciales y guardias localizadas nocturnas (todas las horas nocturnas se cobra como horas de guardia de presencia localizada). Por tanto, cada Punto de Espacial Aislamiento está compuesto por 3 facultativos (2 refuerzos) y tres enfermeros (2 refuerzos).

5.2.2 Cartera de Servicios.

Los distintos Puntos de Atención Continuada ofrecen la cobertura a la asistencia sanitaria demandada que la atención sanitaria urgente es requerida. Debiendo para ello realizar diferentes funciones de diagnóstico clínico y de tratamiento ya sea ambulatorio o urgente que son requeridos por los distintos pacientes a través de su asistencia al centro o por medio de llamada telefónica al propio centro a su teléfono de urgencias fijo, llamada al móvil corporativo en el caso de los PEAs o por llamada telefónica al 112 de la Región de Murcia.

Para ello tras observación de la patología, se determina, si el paciente requiere tratamiento en el propio centro, trasladado al hospital por medios propios o ambulancia de transporte o por necesidades diagnósticas y de tratamiento urgente traslado al Centro Hospitalario con Ambulancia Medicalizada. Ya sea la del propio servicio o la que envíe el CCU.

5.2.3 Conclusiones del análisis interno.

Analizando estos datos y el índice de frecuentación de urgencias en los últimos datos estadísticos de 2016, que nos muestran unos datos más elevados que los de la media regional, según datos publicados en el Portal Estadístico del SNS²⁵, que son de un índice de frecuentación urgente de 2,86 por habitante para el año 2016. Una vez observados los datos estadísticos tenemos que, si bien el número de **salas** en los PAC y PEAs son **adecuados y suficientes**, a excepción de Bullas que necesita una mejor zona de atención urgente. Si que se observa que la falta de una clasificación específica de lo que es urgente, y el desconocimiento estadístico de las cargas de trabajo, la frecuentación y la densidad de pacientes. Que lleva a no nos permitarnos obtener datos reales de la forma y manera de trabajar de estos PAC y PEAs.

En cuanto a los recursos humanos, muchas veces es muy complicado establecer y dimensionar las necesidades del servicio dadas las peculiaridades de este, pero observando, podríamos decir que en principio que el **número** de facultativos y enfermeros se **ajusta** a las **necesidades** reales del **servicio**, si bien, en momentos puntuales será necesario un refuerzo de personal (que en fiestas de los PAC y PEAs son puestos). Pero para poder establecer estas necesidades sería imprescindible una posible clasificación estadística de varios años que permitan predecir las curvas de urgencias.

En principio el personal se puede establecer como el suficiente y necesario para un funcionamiento correcto, pero una parte del mismo, como son los **refuerzos**, no tienen una adecuada **estabilidad laboral**, teniendo que realizar guardias para completar un **mínimo de 130 horas** (sobre todo el personal de enfermería de los PEAs ya que tiene guardias localizadas), con los que ello conlleva para este personal en su vida personal al no tener la certeza del horario fuera de su cuadrante anual, de las guardia mensuales que tiene que realizar, así como el **malestar** que puede ocupar y repercutir en el ambiente laboral y en el compromiso del servicio.

Se instituye también, la necesidad de crear de un **cuadrante** de todos los PAC y PEAs **anual**, que permitan una adecuada distribución de las guardias extras necesarias para completar horas, de mes a mes, haciendo su ausencia que muchas veces el buen funcionamiento se vea dificultado.

Asistiendo a una **sobrecarga** al personal administrativo encargado de distribuir las guardias, que tiene que plantear telefónicamente estas guardias e ir viendo quien puede realizarlas, y así mensualmente completar las 130 horas mínimas que debe realizar el personal de refuerzo.

Todo ello podría ser evitado con una **mejor distribución** reduciendo de esta forma la necesidad de contratar más personal de refuerzo en los PAC, ya que, esas guardias pueden ser completadas por el personal de refuerzos de los PEAs. Otro factor interno es la no existencia de protocolos específicos del Área IV para atención a determinadas patologías como el ictus y la cardiopatía isquémica, así como otros protocolos que permitirán un mejor funcionamiento e igualitario en el Área IV, y todos sus puntos de atención urgente. Así como, la Inexistencia de un plan de formación y/o de control de actividades formativas por parte del personal de refuerzo, que permita su renovación y adecuación a los nuevos conocimientos.



Figura 3: Fotografía del Hospital Comarcal de Caravaca, el PAC de Moratalla, PEA de Benizar, PEA de Cañada de la Cruz, PEA EL Sabinar, PAC de Calasparra y PAC de Bullas. Fuente: googlemaps.

5.2.4 Matriz DAFO

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> . Distintas presiones asistenciales y demanda según PAC, con distintos profesionales, cambiando la demanda según estén los titulares o los refuerzos. . Ausencia de protocolos consensuados y comunes para ciertas actuaciones entre los servicios involucrados. . Ausencia plan docente y formación continuada para los refuerzos., no obligándoles a formarse. . Falta de una estabilidad laboral del personal de refuerzos en los PAC y PEAs. . Asunción de tareas no propias del puesto de trabajo por parte de personal no sanitario. . Dependencia compartida con los Centros de Salud con variabilidad clínica y de criterio. 	<ul style="list-style-type: none"> . Variabilidad cultural de la población en algunos PAC. . Existencia de carencia de servicios en el Área con problemas por la dispersión geográfica del Área y su población, junto a un envejecimiento poblacional en los PEA. . Existencia de diferentes dispositivos de atención de urgencias con estatutarios y refuerzos. . Alta frecuentación de los PAC y falta de interrelación con urgencias del hospital. . Falta de conocimientos por parte de la población de las guardias localizadas en los PEAs. . Demanda sanitaria creciente con un uso inadecuado del servicio. . Falta de estabilidad laboral.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES.
<ul style="list-style-type: none"> . Existencia de personal con suficiente joven y altamente cualificación científico-técnica con una alta capacidad resolutoria de la demanda. . Facilidad de motivación de los trabajadores. . Gran imagen corporativa del SMS . Gerencia muy familiar, personal y con equipo directivo muy accesible y muy cualificado. . Gran satisfacción de los usuarios con el servicio en general 	<ul style="list-style-type: none"> . Misión, visión y valores de la Gerencia adecuados a los propósitos del Servicio Nacional de Salud, con una gran confianza en el personal. . Posibilidad de mayor cooperación con otros niveles asistenciales y una mejor organización de los refuerzos. . Posibilidad de coordinación con recursos sociosanitarios y uso de nuevas tecnologías (tipo Tablet) conectadas a Ágora para las urgencias.

Tabla 3: Modelos elaborados para el TFM: David M. Moreno Egea.

5.2.4 Matriz CAME.

CORREGIR	AFRONTAR
<ul style="list-style-type: none"> . Implantación prioritaria de una planilla mensual para que los refuerzos completen las horas. . Elaborar e implantar un modelo de gestión por procesos y establecer rutas asistenciales. . Comenzar la implantación de protocolos de actuación: cardiopatía isquémica, ictus y código infarto. . Racionalizar la compartimentación de los Servicios, con una reorganización adecuada de la plantilla ajustada a las necesidades del servicio con una adecuada previsión. . Fomentar el correcto uso del servicio de urgencias de los PAC en la población. . Garantizar la estabilidad laboral de los refuerzos mediante contratos de larga duración. . Definir las tareas de cada profesional implicado en el funcionamiento del Servicio. . Elaborar un plan formativo para los refuerzos que lleve a fomentar la cultura de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> . Estudio de las causas de alta frecuentación en algunos PAC. . Mantener la calidad asistencial en los PAC y PEAs. . Uso de nuevas tecnologías. . Conocer los perfiles culturales de la población según PAC y PEAs. . Envejecimiento poblacional: Creación de estudios poblacionales y de enfermedades más comunes. . Uso inadecuado el servicio: Fomentar el uso adecuado de los servicios entre los usuarios. . Guardias de refuerzos: Creación de una planilla mensual que anticipe las necesidades del servicio y que permita completar horas de forma adecuada y equitativa entre los distintos profesionales. . Evitar los problemas que se puedan dar entre los distintos servicios de urgencias, como son los PAC, PEAs y la puerta de urgencias del Hospital, dada la falta de conocimiento de como trabaja cada entidad por parte de los profesionales.
MANTENER	EXPLOTAR
<ul style="list-style-type: none"> . Cualificación científico-técnica, promoviendo la formación continuada reglada no solo para los estatutarios sino también para el personal de refuerzo, fomentando la investigación. . Adecuación de los ingresos hospitalario desde los PAC y PEAs. Mantener el nivel de calidad asistencial. . Creación y normalización de protocolos clínicos para reducir da variabilidad clínica. . Mantener vínculos con la dirección del Área IV. . Dar continuidad a la línea estratégica. 	<ul style="list-style-type: none"> . Alinearse con las directrices de la Gerencia. . Protocolos de coordinación con urgencias extrahospitalarias y hospitalarias. . Aprovechar la dispersión para mantener un nivel de confianza del servicio por parte de la población ante los distintivos profesionales del centro, permitiendo una mediante una mejor estabilidad laboral y salarial que los refuerzos estén más tiempo en su puesto. . Capacidades del personal de refuerzo, aprovechando su disponibilidad y su alta permanente para reducir gastos ante necesidades inesperadas del servicio.

Tabla 4: Modelos elaborados para el TFM: David M. Moreno Egea.

6. PLAN DE ACTUACIÓN PARA PEA/PEAS AREA IV NOROESTE MURCIA

6.1 Misión, visión y valores de los PAC y PEAs.

Si bien, una vez definido lo que es urgencia, como ha sido establecido al principio del presente trabajo, se puede establecer que la principal y primordial visión de este tipo de servicio de urgencias de atención continuada y de especial aislamiento es la de prestar un servicio adecuado, en las situaciones que así lo precisen y sea necesario de atención sanitaria inmediata²⁷. Presentando las atenciones médicas y de enfermería adecuadas, que así sean menester por medio de los problemas de salud que acudan al servicio de atención continuada, permitiendo en todo momento una buena atención por profesionales cualificados accediendo una demanda asistencial y una capacidad de respuesta adecuada que permitan corregir los posibles problemas que se puedan plantear. Si bien hay que tener cuenta la demanda en las diferentes zonas asistenciales del Área IV, es interesante evaluar la falta estabilización del personal de refuerzo sobre todo médico que se evidenciada en los últimos años, y la variabilidad enfermera. Por tanto, la principal misión de los PAC y PEAs debe ser atender las urgencias incluyendo en todo momento el proceso diagnóstico encaminado a confirmar o excluir la patología urgente, el inicio de tratamiento y la decisión del destino del paciente²⁸. Para ello se debe establecer la visión de que los estos puntos de asistencia sanitaria deben ser un servicio de urgencia con una atención excelente, eficiente e innovadora, permitiendo comprometer a la población atendida, y así conseguir y resolver con un nivel de calidad óptimo las distintas necesidades²⁹. Anteponiéndose una serie de principios y valores que permitan respetar en todo momento los valores de universalidad de nuestro SNS, la equidad que llevan nuestras leyes, con una línea de gestión eficiente, universal y enfocada hacia el paciente; con un trato de adecuado las circunstancias y con respeto mutuo. Para ello es necesario centrarnos en una mejor integración de los equipos de refuerzo en los equipos, haciéndolos más profesionales, desarrollando su capacidad de desarrollo de las tareas, bajo un buen ambiente laboral y de compromiso. Permitiendo con ello una serie de cambios laborales para mejorar estos servicios, con equidad de recursos, seguridad y actitud innovadora con suficiente autonomía profesional que establezca una gestión de los recursos eficiente y orientada hacia los resultados.

Siendo necesario para esto, en el marco de una mejora asistencial, como se ha comentado, una adecuada estabilidad laboral del personal eventual de refuerzo, que lleve a evitar problemas de colapso de falta de personal sobre todo médico, debido a la precariedad de los contratos, haciendo más ágil y adecuada la contratación, mayor estabilidad laboral, y con igual derecho que el resto de los trabajadores del SMS. En este marco complejo que es los contratos de refuerzo, debe primar la estabilidad en continuidad de cuidados en el marco de una salud integral y la actuación en función de los valores del Área IV con profesionales en una situación adecuada laboralmente, procediendo en función de la normativa regulatoria, anteponiendo en cierta medida la mejor gestión de los recursos humanos a los criterios mínimamente económicos de la gestión financiera.

6.2 Cuadro integral de perspectivas.

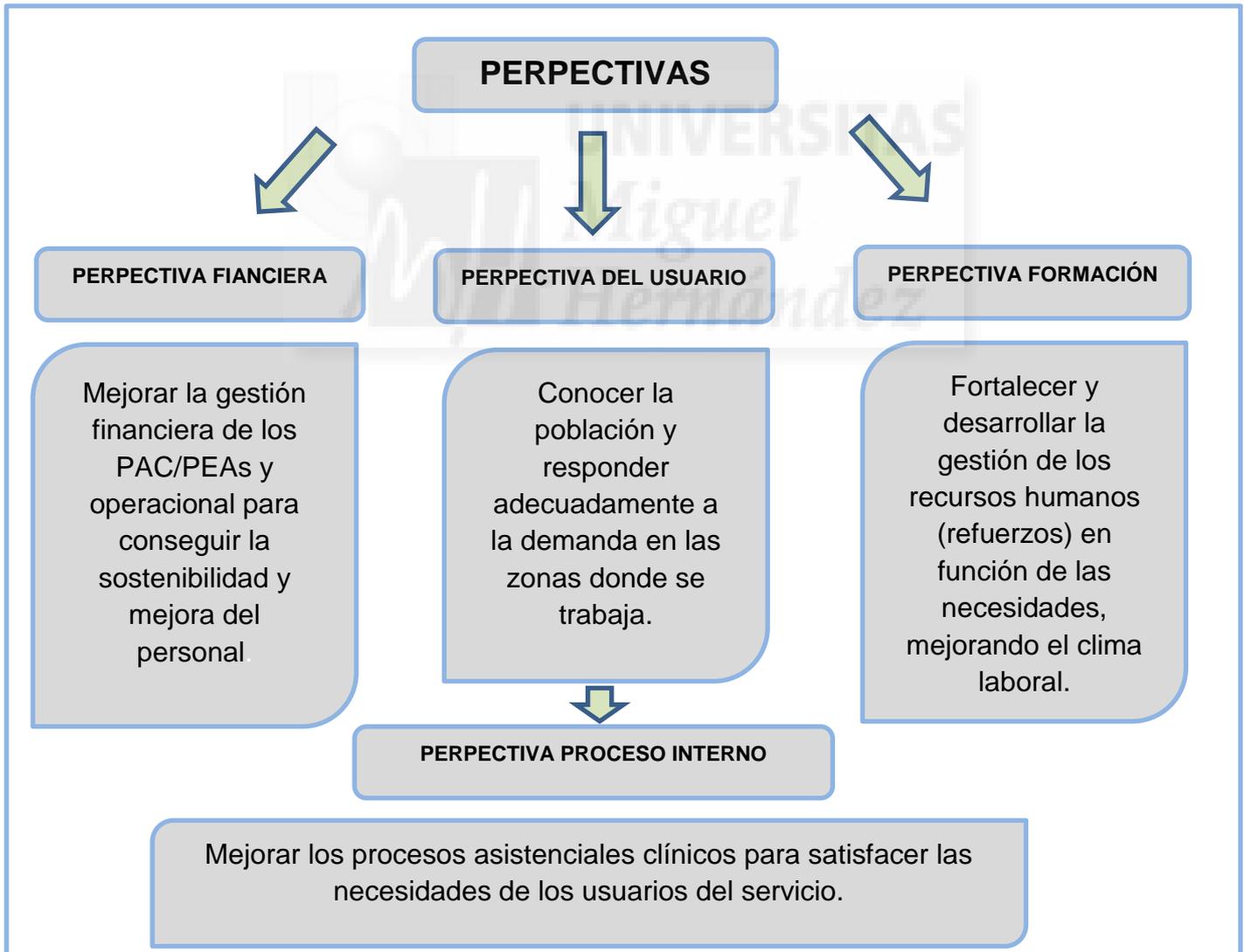


Figura 4: Fuente elaboración propia.

6.3 Líneas estratégicas y objetivos claves.

Dada que la principal característica desde el punto de vista de este tipo de servicios, es dar una respuesta a una atención urgente se deben establecer y enmarcar una serie de líneas estratégicas que faciliten la adecuada realización de los servicios que se prestan, para permitir una atención adecuada y correcta, con todos los parámetros que el sistema nos permita, contando para ello con todos los medios técnicos y humanos necesario para el manejo correcto de los procesos urgentes del Área IV. Para ello se proponen una serie de **líneas básicas**, que luego iremos enmarcándolas en sus distintos procesos o dimensiones que podían estar enmarcadas para un tiempo de cuatro años e integradas en el plan estratégico del Área IV:

- 1.- Brindar una asistencia sanitaria efectiva, segura y de calidad en los PAC y PEAs.
- 2.- Mejorar la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales que prestan servicio en el AREA IV.
- 3.- Incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios de las distintas Zonas de Salud.
- 4.- Incrementar el nivel de participación y promoción de salud.
- 5.- Maximizar el beneficio económico de los PAC/PEAs.
- 6.- Mejorar la eficiencia en el uso de recursos en los PAC/PEAs.
- 7.- Mejorar la continuidad de la calidad asistencial en los PAC y PEAs.
- 8.- Mejorar la eficiencia en la gestión de atención continuada.
- 9.- Desarrollo de una política de personal de refuerzo del Área IV.
- 10.- Mejorar y revisión de los procesos asistenciales ya elaborado y diseño de nuevos, mejorando la coordinación en el espacio asistencial.
- 11.- Cumplimiento adecuado de las historias clínicas.
- 12.- Plan de docencia y actividad investigadora para refuerzos con el fin de promover el aprendizaje y la innovación.

6.3.4 Líneas estratégicas.

Se han elaborado **cinco ejes**, cada uno con su línea estratégica y sus objetivos para su mejor comprensión (aunque en algunos casos pueden solaparse estos ejes). Los ejes estratégicos son los siguientes:

- 1.- Dimensión asistencial.
- 2.- Dimensión financiera.
- 3.- Dimensión de gestión.
- 4.- Dimensión personal.

6.3.4.1.- Dimensión asistencial.

6.3.4.1.1- Brindar una asistencia sanitaria efectiva, segura y de calidad en los PAC y PEAs.

Se debe por parte de la gerencia del Área IV establecer **políticas de centro**, siendo estas coordinadas con la atención continuada en los centros que gestiona, con un sistema de gestión de calidad verificable y cuantificable, evaluando periódicamente la asistencia. Con el fin de mejorar la gestión de los recursos del personal de refuerzo, y realizando **protocolos** con el fin de homogenizar la práctica asistencial de todo el personal, tanto los refuerzos como personal estatutario que presta servicio en horario de mañana en esos centros y realiza guardias. Permitiendo una homogenización que permita una asistencia efectiva y segura, tanto para los pacientes como para los profesionales que prestan servicio en los PAC Y PEAs. De manera que, aunque se cambie el personal de refuerzo siempre sean utilizados los mismos protocolos.

6.3.4.1.2.- Mejorar la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales.

El Área IV tiene varios servicios de urgencias, puerta de urgencia Hospital, los PAC y PEAs, dos SUAP y una UME (ambos gestionados por la gerencia del 061) como se ha señalado anteriormente, pero muchas veces los distintos servicios desconocen las capacidades de los unos y de los otros, debido al tipo de trabajador que realiza las guardias de atención continuada.

Situación que lleva a que en repetidas ocasiones pueda existir un desconocimiento del propio centro de cabecera. Pudiendo encontrar que el administrativo del CCU desconoce la existencia de los PEAs, e incluso muchas veces no existe una buena comunicación ente estos servicios y el hospital de referencia. Los refuerzos debido a su especial figura y su no incorporación total a la plantilla del centro, desconocen las distintas especialidades de guardia del hospital. Por tanto, sería recordable tener de alguna manera **conocimiento** de las franjas horarias de los especialistas de guardia para derivar a un servicio de hospital u otra dependiendo de la existencia o no de especialista de guardia. Otro factor clave, sería **informar** a la puerta de urgencias por parte de los distintos PAC del traslado de un paciente para su atención inmediata, así como utilizar un sistema similar al 061 de claves que permita una verificación exhaustiva de las urgencias que se realicen. Así como **reuniones y sesiones**_clínicas entre los PAC y estos servicios, como rotaciones con el fin de que cada uno comprenda la dinámica y funcionamiento del otro.

6.3.4.1.3.- Incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios.

Debemos de tener en cuenta la imperiosa necesidad de tener una atención de calidad centrada en el paciente y para ello convenimos obtener una atención con mejoras en los procesos de gestión, establecer unos **modelos más adecuados** de continuidad asistencial, que permitirán una mejor accesibilidad al servicio. La atención sanitaria en los PAC/PEAs es un proceso que puede estar sometido a una continua crítica por parte de los usuarios, que ven en la necesidad de desplazarse una vez han recibido la primera asistencia de urgencias como algo necesario pero que instaura muchas veces desconfianza en la capacidad de respuesta de los profesionales, llevando a que muchas veces los pacientes acudan directamente a la puerta de urgencias del hospital de referencia. Por tanto, sería necesario medir una serie de dimensiones como pueden ser: accesibilidad, tiempo de espera, competencia profesional, la información dada por los profesionales y la continuidad de cuidados. Una forma de **monitorizar** esta calidad percibida sería por medio de **cuestionarios** en los PAC y PEAs, para ello se podría utilizar modificándolo en cuestionario para el ámbito de Urgencias hospitalarias que el Servicio Murciano tiene dentro del programa EMCA. Así obtener datos y establecer medidas correctoras sobre los aspectos de insatisfacción detectados en estas encuestas para la mejora.

6.3.4.1.4.- Incrementar el nivel de participación y promoción de salud.

Para ello, debemos darnos cuenta de que estos servicios son la zona de entrada a una atención continuada, que permite tres salidas: cura, derivación y evaluación en centro de salud, derivación a puerta de urgencias. En este apartado debemos resaltar que es necesario implicar al personal de refuerzo en informar al paciente desarrollando protocolos e implantándolos enfocados con los procesos asistenciales, promoviendo por parte de estos profesionales la educación sanitaria.

6.3.4.2.- Dimensión financiera.

6.3.4.2.1.- Maximizar el beneficio económico de los PAC/PEAs.

Es necesario en este punto centrarnos en la **mejora del capital humano**, aplicando sobre todo políticas de control de riesgo sanitario e implicando al personal en la gerencia que permita una mejor gestión de la motivación por parte de los trabajadores.

6.3.4.2.2.- Mejorar la eficiencia en el uso de recursos en los PAC/PEAs.

Se debe establecer una **política de Área** de prestación de servicio de los refuerzos basada en la eficiencia, mejorando nuestros servicios haciéndolos más flexibles, pero ajustándonos al gasto. Para ello se debería optimizar el servicio desarrollando modelos estandarizados de protocolos que permitan un aumento en la eficiencia y una **optimización de recursos** de los **refuerzos**, dado que son profesionales dados de alta permanente, pero que pueden prestar servicio en otras zonas de salud y pueden permitir una optimización de los recursos financieros al no tener que dar de alta a ningún otro profesional, mejorando el gasto financiero. En este marco se debe desarrollar una adecuada estabilidad laboral del personal eventual de refuerzo, que lleve a evitar problemas de colapso de falta de personal, haciendo más ágil y adecuada la contratación, mayor estabilidad laboral, y con igual derecho que el resto de los trabajadores del SMS. Permitiendo bajo esa premisa la realización de una planilla mensual (o con tiempo suficiente) que anticipe las necesidades del servicio y que permita completar horas de forma adecuada y equitativa entre los distintos profesionales.

6.3.4.3.- Dimensión gestión.

6.3.4.3.1.- Mejorar la eficiencia en la gestión de atención continuada.

Desde estos centros se debe promover un sistema que permita una mejor **coordinación** entre el hospital de referencia del AREA IV con los PAC/PEAs y con los distintos sistemas de emergencias, de manera que se establezca una mejor coordinación y organización entre los diferentes ámbitos de atención continuada, fomentando la continuidad asistencial dentro de los mismos servicios con una mejor coordinación entre ellos, desarrollando de protocolos y procedimientos, con el objetivo de lograr la homogenización que permitan gestionar, seguir y evaluar los criterios y objetivos asignados en el Acuerdo de Gestión de la Gerencia

6.3.4.4.- Dimensión personal.

6.3.4.4.1.- Desarrollo de una política de personal de refuerzo del Área IV.

Una de las líneas prioritarias y con vistas a su adecuada implantación, dado que se dan las condiciones adecuadas es definir, redactar e implantar la puesta en marcha una **política** definida de personal de refuerzo del Área IV sobre todo para permitir fomentar la **integración** progresiva del personal, desarrollando mecanismos de participación y formación de estos profesionales en la gestión de sus recursos, así como, potenciar la idea de equipo de atención continuada, formando parte del conjunto del sistema, no como recurso. Llevando además a estos profesionales a una adecuada mejora continua en sus conocimientos y desarrollo profesional. Para ello dada las especiales características de este tipo de recurso sanitario en Murcia, se debería implementar un mapa de las distintas competencias, desarrollando un plan de comunicación interno entre los PAC y PEAs que permitan diseñar distintos mecanismos de coordinación, con el fin de potenciar y promover la distribución de las necesidades de personal con tiempo y planificación necesaria. Mediante la implicando al personal de refuerzos en la gestión y estrategias del centro, mediante las oportunas comisiones, v de forma que se fomente la motivación de los trabajadores y el compañerismo entre los mismos.

6.3.4.4.2.- Mejorar y revisión de los procesos asistenciales ya elaborado y diseño de nuevos, mejorando la coordinación en el espacio asistencial.

En estos servicios es necesario el fomento de uso de **guías clínicas, protocolos o rutas**, siendo necesario la creación de estas para una mejora en la calidad de la asistencia de los pacientes, y reducir la gran variabilidad clínica existente entre los distintos estados. Siendo necesario para las distintas guías crear grupos de trabajo, marcando un calendario factible. En estas se debe incluir a todo el personal de servicio involucrados en los distintos procesos, con el fin de que este desarrollo de protocolos y procedimientos logre la homogenización de los procesos asistenciales de las distintas unidades y disminuya la mencionada variabilidad clínica. Además, es muy importante desarrollar protocolos de actuación ante la cardiopatía isquémica y el ictus dentro de los PAC y PEAs, adecuándolos a las recomendaciones de los protocolos regionales y asegurándonos el cumplimiento de los mismos. Planteándonos como objetivo la implantación al menos de un protocolo clínica al año.

6.3.4.4.3.- Cumplimiento adecuado de las historias clínicas.

A continuación, se puede establecer que uno de los problemas que encontramos muchas veces en los servicios de atención continuada es la variabilidad de personal, ya que lo integran personal estatutario y de refuerzo. Dando lugar a que muchas veces ante las necesidades del servicio no se presten la atención adecuada al cumplimiento de la historia clínica en urgencias. Por tanto, se debe fomentar el adecuado cumplimiento de la historia en la atención continuada, así como fomentar con líneas adecuadas de cursos de formación para mejorar la comprensión de los distintos sistemas informáticos.

6.3.4.4.- Dimensión social.

6.3.4.4.1.- Plan de docencia y actividad investigadora para refuerzos con el fin de promover el aprendizaje y la innovación.

Se debe insistir en la Gerencia IV en la **formación, actualización e investigación** de los profesionales que prestan servicio en atención continuada en los temas fundamentales para la asistencia sanitaria centrada en las urgencias y emergencias, como el soporte vital avanzado, y politraumatizados.

Así como aquellos temas de relevancia que requieran la actualización continua (ictus, cardiopatía isquémica...). Para ello se debe poner a disposición de los refuerzos cursos de formación y actualización necesarios para la asistencia sanitaria de manera obligatoria y consensuados con la gerencia del 061, permitiendo como personal de urgencia obtener formación adecuada **mejorando las competencias**, preocupándose de esta manera en la formación de los refuerzos. Buscando de esta forma ayudar a la formación continua de los profesionales de refuerzos que forman parte de esta Área, haciéndoles también partícipes de los planes de los Centros de Salud.

6.4 Objetivos asistenciales, financieros y de sostenibilidad.

Los objetivos asistenciales, financieros y de sostenibilidad se deben encontrar alineados con los propios del Servicio Murciano de Salud y se deben recoger en el Acuerdo de Gestión anual de Área IV para los próximos años.

6.4.1 Objetivos Asistenciales.

Estos objetivos vienen definidos por la demanda asistencial que sufre el PAC o PEA, según las características definitorias anteriormente señaladas.

- Proporcionar una asistencia sanitaria adecuada a la patología urgente.
- Fomentar el empoderamiento de la población.
- Proporcionar una asistencia de calidad con el uso de protocolos clínicos.

6.4.2 Objetivos Financieros.

Tenemos que tener en cuenta que para el Área IV estos servicios son altamente rentables, ya que permiten un menor uso de la puerta de urgencias del Hospital, con unos costes muchos menores de personal que un SUAP además de permitir una asistencia adecuada y de calidad a la población.

- Establecer un sistema de gestión de guardia para los refuerzos.
- Promover una optimización de los recursos de los refuerzos.
- Mejorar la integración en los centros de los refuerzos.

6.4.3 Objetivos de Sostenibilidad

Este objetivo permite establecer el adecuado uso de los recursos materiales y humanos en referencia a la demanda.

- Establecer políticas de integración del personal y de los recursos.
- Optimizar los procesos asistenciales con protocolos comunes.

6.6.- Mapa de procesos del Servicio. Procesos estratégicos, procesos operativos y procesos de soporte del PAC/PEAs del Noroeste.

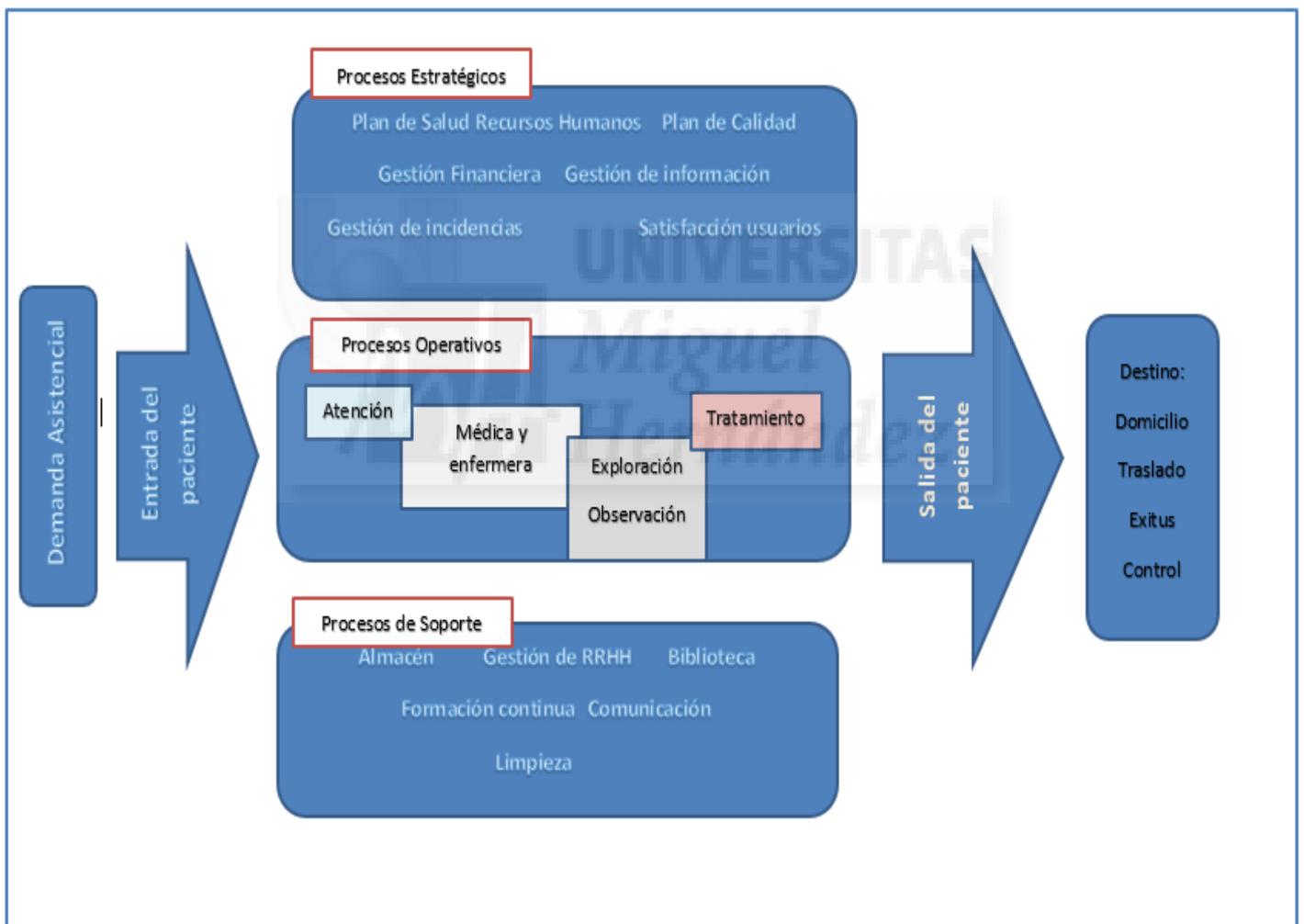


Figura 5: Mapa de procesos del Servicio de PAC y PEAs obtenida a partir de los datos recabados. Fuente: Elaboración propia.

6.6 Plan personal de actuación y líneas estratégicas.

En el marco de consecución de nuestros objetivos estratégicos, establecemos una serie de planes fundamentales descritos a continuación, en una matriz de impacto, en la que se establecen el plan de acción y de mejora de los PAC/PEAs que se debería realizar en los próximos años. Permittiéndonos informar acerca de la actividad y calidad además de constituir un elemento indispensable y estratégico para la planificación orientada a objetivos. Se ha establecido (señaladas anteriormente) cuatro perspectivas: perspectiva financiera, perspectiva del usuario, perspectiva interna (procesos asistenciales) y perspectiva de formación. De forma que podemos señalar los siguientes indicadores, que nos permiten incidir sobre todo en las que consideramos las principales líneas estratégicas, que según opinión del autor de esta memoria sería preciso incluir.

PERSPECTIVA FINANCIERA			
LINEAS ESTRATEGICAS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICA	METAS
Mejorar la eficiencia en la gestión de atención continuada.	Tasas de gastos en los PAC y PEAs.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover un sistema que permita una mejor coordinación entre el hospital de referencia del AREA IV con los PAC/PEAs y con los distintos sistemas de emergencias con sesiones clínicas. • Establezca una mejor coordinación y organización entre los diferentes ámbitos de atención continuada y sistemas de información del SMS. 	Valoración de la evolución en un tiempo determinado.
	Tiempo de la primera asistencia y segunda asistencia, si fuera necesario.		Elaborar encuestas entre los profesionales.
	Uso de medios informáticos (tablet) para reducir el tiempo de asistencia.		Obtener información de los pacientes más eficiente y en un menor tiempo.
Mejorar la eficiencia en el uso de recursos en los PAC/PEAs.	Revisión de material y medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación semanal el material fungible y los medicamentos. 	Reducir en gasto menor en material

Tabla 5: Modelos elaborados para el TFM: David M. Moreno Egea.

PERSPECTIVA DEL USUARIO			
LINEAS ESTRATEGICAS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICA	METAS
Incrementar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios.	Tiempo de asistencia en traslados al hospital por ambulancia no medicalizada en PEAs.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer políticas en el centro en los PAC y PEAs. • Establecer para los PEAs del Área IV una ambulancia de traslado fija en CS de Barranda 24horas al día. 	Reducir el tiempo de asistencia en los traslados no asistencias en PEAs que sea menos de 30 minutos.
	Tiempo de respuesta de para traslado al Hospital en PAC.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer redes de comunicación entre nuestros profesionales con los diferentes niveles asistencial que permita una mejor elección de un medio u otro no dejando a los centros sin asistencia. 	Establecer un tiempo por debajo de 30 minutos para el traslado de los pacientes al hospital en ambulancia.
	Tasa de reclamaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer una cartera de servicio adaptada a las necesidades de la población y una mejor la accesibilidad al servicio. • Evaluación periódica de los incidentes críticos. 	Reducir el número de las reclamaciones.
Incrementar el nivel de participación y promoción de salud.	Información a los usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar Información adecuada al paciente durante el uso del servicio de urgencias. • Implicar al personal en la formación al ciudadano en la educación sanitaria. • Promover el autocuidado y empoderamiento de la salud, con sistemas activos. 	Brindar información adecuada a todos los pacientes que la soliciten.

Tabla 6: Modelos elaborados para el TFM: David M. Moreno Egea.

PERSPECTIVA INTERNA			
LINEAS ESTRATEGICAS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICA	METAS
Desarrollo de una política de personal de refuerzo del Área IV.	Calidad percibida por los trabajadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer políticas en el centro en los PAC y PEAs. • Establecer políticas de integración en los centros. • Desarrollar mecanismos de participación. 	Integrar a los refuerzos como parte del personal en los Centros donde prestan servicio.
Mejorar la coordinación entre los diferentes dispositivos	Mejora de las competencias de los refuerzos.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer redes de comunicación entre nuestros profesionales dentro de los centros. 	Establecer una mejor coordinación y ejecución.
Brindar una asistencia sanitaria efectiva, segura y de calidad	Presión de los usuarios de los servicios de PAC y PEAs.	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar los PAC y a los niveles de urgencias • Coordinación entre los diferentes PAC y sus PEAs. • Potenciar el trabajo en equipo. • Homogeneizar la práctica asistencial. 	Reducir las incidencias.
Cumplimiento adecuado de las historias clínicas.	Información a los usuarios en los sistemas informáticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información adecuada del paciente durante el uso del servicio de urgencias. • Implicar al personal en la necesidad de escribir todo de forma clara. • Promover el uso de los sistemas informáticos. 	Aumentar la información sobre los pacientes.

Tabla 7: Modelos elaborados para el TFM: David M. Moreno Egea.

PERSPECTIVA DE FORMACIÓN			
LINEAS ESTRATEGICAS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICA	METAS
Plan de docencia y actividad investigadora para refuerzos con el fin de promover el aprendizaje y la innovación.	Establecer formación continuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la investigación y difusión de conocimientos por parte de los refuerzos • Permitir mecanismo de participación de los profesionales de refuerzos en la gestión de los PAC/PEAs. • Fomentar e impulsar actividades de gestión de conocimiento por parte de los refuerzos participando como personal del Centro de Salud. • Fomentar la gestión clínica basada en la evidencia de los refuerzos. 	Realizar al menos dos cursos por año.
	Participar en las publicaciones científica los refuerzos con del servicio del Área IV.		Realizar al menos una publicación en revistas nacionales al año.
	Actividad investigadora.		Participar en la investigación que lleven los centros.
	Participación de los refuerzos en las sesiones clínicas.		Participar en el 50% de las sesiones clínicas.
Mejorar y revisión de los procesos asistenciales ya elaborados y diseño de nuevos, mejorando la coordinación en el espacio asistencial.	Existencia de protocolo clínico.	• Establecer protocolos para las actividades asistenciales los PAC/PEAs más importantes.	Al menos realizar un protocolo de urgencia por año, junto al personal estatutario.

Tabla 8: Modelos elaborados para el TFM: David M. Moreno Egea.

7. CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, podemos deducir que es necesario en el Servicio Murciano de Salud una *revisión exhaustiva* de la figura de refuerzo sanitario dotándoles de un margen de **igualdad** entre las distintas categorías que lo engloban con el resto de los trabajadores. Permitiendo con ello una mejor **integración**, y así afianzar una **estabilidad** mayor, en el margen de un mejor sistema laboral que permita no solo una flexibilidad laboral adecuada, sino que además lleve a lograr tener profesionales cualificados e integrados en el sistema. Obteniendo con ello, que estos trabajadores pertenezcan a un **sistema laboral estable y no precario**. A pesar de ser un contrato en cierta medida abstracto y que se puede asociar a cierta forma de contrato de difícil clasificación en la actualidad. Podemos señalar bajo este enfoque de gestión, que es un profesional el cual puede mejorar dentro de su entorno en distintos factores profesionales y llevar así a una mejor gestión del sistema sanitario asistiendo a una gran posibilidad de aumenta la efectividad y eficacia. Muchas veces podíamos asimilar la idea de publicidad como es la función de anclaje, dando de esta forma un reparto de la idea hacia la que se pretende dar o enfocar²⁷ como un discurso particular que utiliza la denotación, la connotación y la ideología, en la que hay significantes, y sentidos²⁷. Es decir, permitir que este tipo de trabajador se sienta **parte global e intrínseca de la empresa**, y con ello se mejore englobando todo lo anterior su forma de relacionarse con su puesto laboral. Por tanto, no solo es necesaria una mejora en los PAC y PEAs sino es necesario que el SMS, busque una solución factible dentro del marco legal que permita que estos profesionales sean y se sientan una parte importante e integrada dentro de la empresa para la que trabajan.

8. BIBLIOGRAFIA.

1. Garces F.J “organización de un servicio de urgencias. análisis de la actividad y de las medidas adoptadas para mejorar la calidad” universidad complutense de Madrid. Facultad de medicina. (Madrid). 2015.
2. Aranaz, JM., et al. “Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios”. Medicina Clínica (Barcelona) 2004; 123:615-8.
3. Semes. “Urgencias Sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora”. [citado 10 marzo 2018]. (Granada). 2003.Disponible en: <http://www.semes.org/urgenciologos/ue.html>.
4. OMS. “Planification et organisation des services médicaux d'urgence”. Rapport sur la reunion d'un grupe technique de l'OMS. (Toulouse) 24- 28 fevrier 1979.
5. OMS. “Rapport et etudes EURO 35. Bureau Regional de l'Europe”. (Copenhague). 1981.
6. Gonzalez de los reyes-gavilán I IMI. La Gestión de Emergencias Sanitarias. El producto HERCULES-Emergencias. Comunicaciones de telefónica I+D. Marzo 2005; 35:103-10.
7. Foldes SS, Fisher L.R., Kaminsky K. What is an emergency? The judgments of two physicians. Ann Emerg Med 1994; 23(4): 833-840.
8. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 19 marzo 2018]. Constitución Española. Disponible: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>.
9. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 24 marzo 2018]. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
10. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 24 marzo 2018]. REAL DECRETO 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO). Disponible: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1981/176/R16832-22662.pdf>.

11. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 24 marzo 2018]. REAL DECRETO 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/12/29/pdfs/A50269-50273.pdf>.

12. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 29 marzo 2018]. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A2003-10715-consolidado.pdf>.

13. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 29 marzo 2018]. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>

16 Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia. [Internet]: [citado 29 marzo 2018]. Portal estadístico de la Región de Murcia. Población según edad y sexo. (Murcia). 2016. Disponible: http://econet.carm.es/web/crem/inicio//crem/sicrem/PU_datosBasicos/sec14.html

17. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. [Internet]: Portal Sanitario de la Región de Murcia. [Citado 29 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/>

18. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia [Internet]: Portal Sanitario de la Región de Murcia. [Citado 29 marzo 2018]. Disponible en <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/154818-AS.pdf>

19. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 30 marzo 2018]. Resolución de 20 de febrero de 1990, de la Dirección General de Trabajo, por la que se publica el texto del acuerdo suscrito por las representaciones de la Administración Sanitaria del Estado y las Centrales Sindicales Convergencia Estatal de Sindicatos Médicos y ATS de España (CEMSATSE), Confederación de Comisiones Obreras (CC.OO.), Confederación de Unión General de Trabajadores (UGT) y Confederación Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF).

Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1990/03/14/pdfs/BOE-S-1990-63.pdf>

20. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 30 marzo 2018]. Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1997, páginas 38517 a 38616. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1997/12/31/pdfs/A38517-38616.pdf>

21. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 30 marzo 2018]. Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud. BOE. núm. 239, de 6 de octubre de 1999, páginas 35681 a 35687. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/10/06/pdfs/A35681-35687.pdf>
22. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 30 marzo 2018]. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE. núm. 301, de 17/12/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
23. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [citado 30 marzo 2018]. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. BOE. núm. 89, de 13/04/2007. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-7788-consolidado.pdf>
24. Área IV Noroeste [Internet]. Murcia: Intranet Área IV. [citado 1 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.noroeste.sms.carm.es/>.
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud [citado 1 mayo 2018]. Disponible: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>.
26. Área IV Noroeste [Internet]. Murcia: Intranet Área IV. [citado 1 de mayo 2018]. Disponible en: http://www.noroeste.sms.carm.es/index.php?option=com_remository&Itemid=31&func=startdown&id=143
27. Semes. “Proyecto de Programa Docente de la Especialidad De Medicina de Urgencias y emergencias. [citado 1 mayo 2018]. Baleares. Disponible en: <http://www.semesbaleares.org/Fotos/Adjuntos/24.PDF>
28. MSC. Atención a la Urgencia Extrahospitalaria. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. [citado 1 mayo 2018]. 2007. Disponible: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ATENCION_A_LA_URGENCIA_EXTRAHOSPITALARIA.pdf
29. Miguel García F., et al. “La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial”. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria. 2012;26(S):134–141.
30. Moreno Egea, D. La publicidad verde para automóviles: la comunicación ecológica en el mundo del motor. Murcia: Universidad de Murcia.; 2010.