
TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS

Gestión de pacientes

COORDINADORES

Victoria Emilia Climent Sánchez,
Manuel Familiar Ramos

Autores

Coordinadores

Victoria Emilia Climent Sánchez

Licenciada en Farmacia, Orientación Sanitaria por la Universidad de Valencia. Grado de Licenciatura en Farmacia. Programa de Doctorado por Química Física en 1991. Máster en Reproducción Humana realizado en el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública por el Hospital Universitari La Fe de Valencia. Profesora Técnico de Formación Profesional de Sanidad desde 1991, en la especialidad de Documentación Sanitaria desde 2010 en distintos hospitales. En la actualidad imparte distintos módulos de Procedimientos Sanitarios y Asistenciales, en la especialidad de Documentación y Administración Sanitarias, en el CIP del Complejo Educativo de Cheste, Valencia

Manuel Familiar Ramos

Licenciado en Farmacia, Orientación Ecológica por la Universidad de Valencia. Diploma de Estudios Avanzados del programa de doctorado Biología Vegetal del Departamento de Biología Vegetal de la Universidad de Valencia. Profesor Técnico de Formación Profesional de Sanidad desde 1991; formación en la especialidad de Documentación Sanitaria desde 1997 en distintos hospitales. En la actualidad, imparte distintos módulos de Procedimientos Sanitarios y Asistenciales en el IES Jorge Juan de Sagunto-Puerto. Sagunto, Valencia

Agradecimientos

En primer lugar queremos agradecer a la editorial Arán Ediciones el haber contado con nosotros para la realización de este libro. Gracias.

Muchas han sido las personas que de una manera u otra nos han alentado para terminar este proyecto y, sobre todo, Manoli y Néstor. Gracias a ellos también.

Índice

Capítulo 1

Sistema sanitario español. Organización y estructura	13
1. Antecedentes históricos	14
2. Sistema sanitario.....	17
3. Sistema Nacional de Salud.....	20
4. Instituciones sanitarias privadas en España	34
5. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Funciones, áreas y organización del SADC	35
6. Catálogo de funciones del Servicio de Admisión y Documentación Clínica..	42
7. Catálogo de productos finales del Servicio de Admisión y Documentación Clínica	46

Capítulo 2

Gestión de camas del centro hospitalario	53
1. Recursos del centro sanitario.....	54
2. Gestión de camas	73
3. Aplicación informática para la gestión de camas.....	93
4. La derivación de pacientes.....	99
5. Normativa de gestión de la utilización de camas en el hospital	104

Capítulo 3

Gestión de ingresos y altas de pacientes	111
1. Funciones del servicio de admisión de pacientes en un centro sanitario	112

2. Registros y datos demográficos.....	113
3. Tarjeta sanitaria individual	123
4. Ingresos, altas y traslados.....	128
5. Normativa sobre filiación en el fichero maestro de pacientes.....	162
6. Normativa de ingresos y altas hospitalarias y de urgencias.....	164
7. Normativa de protección de datos aplicable a ingresos y altas.....	165

Capítulo 4

Tramitación de derivaciones de pruebas y tratamientos	173
1. Recepción de solicitudes de pruebas y tratamientos procedentes de los distintos servicios	174
2. Tramitación de solicitudes de pruebas y tratamientos dirigidas a otros centros hospitalarios.....	175
3. Registros informáticos	178
4. Mapa de centros sanitarios de referencia.....	179
5. Catálogos de pruebas y servicios sanitarios	179
6. Trámites para coordinar la citación de un centro sanitario y proporcionar la documentación clínica necesaria	180
7. Normativa de gestión de derivaciones.....	183

Capítulo 5

Gestión del transporte sanitario y otras prestaciones asistenciales complementarias	193
1. Prestaciones asistenciales complementarias	194
2. Gestión del transporte sanitario.....	204

Capítulo 6

Realización de citaciones en la actividad ambulatoria y de pruebas diagnósticas	223
1. Agendas.....	224
2. Aplicación específica para la gestión de citaciones ambulatorias y cita previa en Atención Primaria, asistencia en el hospital de día y realización de pruebas diagnósticas.....	226
3. Coordinación de la citación de la actividad ambulatoria en el propio centro y con otros centros.....	242
4. Procedimientos de coordinación en las derivaciones ambulatorias recibidas en el hospital procedentes de otros centros	245
5. Elaboración de informes y estadísticas de la actividad ambulatoria	245
Soluciones “Evalúate tú mismo”	254



CAPÍTULO

I

SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA

*Victoria Emilia Climent Sánchez,
Manuel Familiar Ramos*

Sumario

1. Antecedentes históricos
 2. Sistema sanitario
 3. Sistema Nacional de Salud
 4. Instituciones sanitarias privadas en España
 5. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Funciones, áreas y organización del SADC
 6. Catálogo de funciones del Servicio de Admisión y Documentación Clínica
 7. Catálogo de productos finales del Servicio de Admisión y Documentación Clínica
- Resumen, glosario, abreviaturas y siglas, ejercicios y test de evaluación

Los **sistemas sanitarios** son el conjunto de recursos que un país dispone para responder a las necesidades sanitarias de la población. En este capítulo veremos los distintos tipos de **modelos de salud** en los países de nuestro entorno, cómo aparecieron, cómo evolucionaron y cómo se fueron adaptando en cada uno de ellos. Nos centraremos en la organización y cobertura del **Sistema Nacional de Salud**, en cómo las **competencias en materia de Salud** están traspasadas a las distintas comunidades autónomas y cómo el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los distintos Servicios de Salud de las comunidades autónomas, entre ellos y con la Administración del Estado.

En el hospital, el **servicio de admisión y documentación clínica** se conforma como una unidad indispensable para la gestión de pacientes, la gestión de documentación clínica y la configuración del sistema de información hospitalario, y constituye un apoyo fundamental para el funcionamiento del área de salud.

I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Históricamente, el individuo se ha defendido de las adversidades de la vida (enfermedad, invalidez, desempleo...) mediante el ahorro, mientras podía obtener una **compensación económica** por su trabajo, pero en la mayor parte de los casos esto era insuficiente frente a todos los posibles riesgos.

En la Edad Media, las cofradías vinculadas a los **gremios** son las primeras **sociedades de socorro mutuo**. En ellas, mediante las aportaciones económicas de sus integrantes, se intentaba ayudar a otros compañeros en situación desfavorecida.

En el siglo XVIII, intervienen la **beneficencia pública**, organizaciones de voluntarios, los ayuntamientos e instituciones religiosas, entre otros.

Estos sistemas organizados con base en **cuotas de asociados** permitían ayudas de forma solidaria, principalmente en casos de enfermedad o muerte, pero en el mayor de los casos eran cantidades insuficientes para el afectado y sus familiares.

A fines del siglo XIX en Europa, debido a la **Revolución Industrial**, la emigración de la población campesina, la gran crisis económica de 1884, el crecimiento de las zonas industriales, jornadas laborales largas (14-18 h) con la incorporación al trabajo de mujeres y niños, etc., empeora la situación social de los trabajadores y agudiza las contradicciones de un sistema basado en el creciente desarrollo industrial, pero con una situación social deplorable.



En la Edad Media, las cofradías vinculadas a los gremios son las primeras sociedades de socorro mutuo. En ellas, mediante las aportaciones económicas de sus integrantes, se intentaba ayudar a otros compañeros en situación desfavorecida.

- › Gestión económica y administrativa.
- › Gestión de personal y recursos humanos.
- › Gestión informática.
- › Gestión de calidad asistencial.
- › Asesoría jurídica.
- › Urgencias.
- › Medicina preventiva y salud laboral.

Servicios generales

Los **servicios generales** son aquellos servicios auxiliares de carácter no sanitario necesarios para el desarrollo de la actividad sanitaria.

- › Orden interno y seguridad: emergencia, protección contra incendios...
- › Almacenes. Cocina y alimentación.
- › Higiene: lavandería-lencería, limpieza, planchado y costura (Figura 8).
- › Mantenimiento: calefacción, aire acondicionado, grupo electrógeno, ascensores, teléfonos, megáfonos, oxígeno, salas de duelo, talleres, etc.



Figura 8. Servicio de lavandería.

1.4. Normalización en las prestaciones asistenciales. Legislación

Las **prestaciones asistenciales** son el conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud ofrece a los ciudadanos e incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud.

Las prestaciones asistenciales a través de la cartera de servicios básica se establecen en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y



<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 16/2003, de 28 de mayo



El mapa de camas constituye el registro que cada hospital tiene respecto a la distribución oficial de camas.

2.2. Mapa de distribución del recurso cama en el centro

El **mapa de camas** constituye el registro que cada hospital tiene respecto a la distribución oficial de camas. Esta distribución recoge el **número de camas totales del hospital** distribuidas por plantas con su código correspondiente **por cada servicio clínico y por unidad de enfermería**.

Se distribuyen camas entre las diferentes especialidades médicas, quirúrgicas, pediatría, obstetricia o unidad de cuidados intensivos (UCI).

En el mapa de distribución para cada servicio de hospitalización se registra la **ocupación de camas** y si las **habitaciones son individuales o dobles** –como es lo más habitual– o triple. También reflejará **el estado de la cama** (si está libre u ocupada, reservada o bloqueada o instalada). Recogerá un resumen de camas por servicio (Figuras 11 y 12).

Para actualizar el mapa de camas y facilitar la gestión de camas se realizará el **censo diario de camas y de pacientes hospitalizados**, cuyo objetivo es recoger la información diaria respecto a las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes en el área de hospitalización. Este censo consiste en realizar un recuento diario del número de pacientes que ocupan camas de hospitalización, verifica las fechas de ingresos, tanto externos como internos y las fechas de altas.

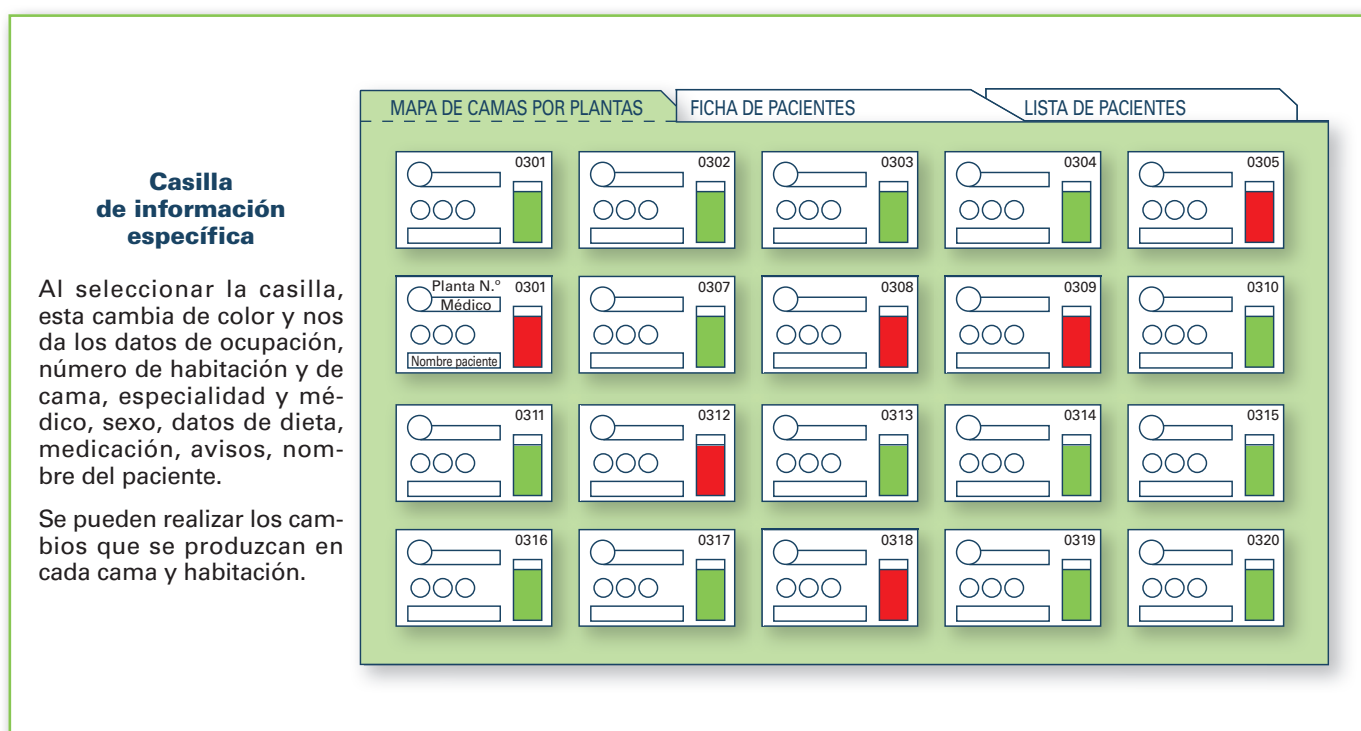


Figura 11. Mapa de camas.

El **fichero maestro de pacientes** es un registro centralizado en soporte informatizado de los **datos** de los episodios de asistencia especializada e identificación del paciente.

Los **datos de financiación** del episodio asistencial se registran en soporte informático, en la aplicación hospitalaria del sistema de información.

El RAE-CMBD captura y registra en soporte informático los datos del **alta del paciente** al cierre del episodio asistencial.

El **RAE-CMBD** es una base datos con información de los pacientes, que por Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, regula el registro de actividad de Atención Sanitaria Especializada en centros públicos o privados. Estos datos que se recogen en **soporte electrónico normalizado** se envían periódicamente al Departamento de Sanidad de cada comunidad autónoma y, desde aquí, al Ministerio de Sanidad. Su soporte, diseño y estructura permite el intercambio de datos y su explotación por medios electrónicos. El RAE-CMBD de un año es el conjunto de registros de los pacientes de Atención Especializada dados de alta por el centro sanitario durante dicho periodo.

Puede cerrarse el episodio con un único diagnóstico provisional, que se modificará posteriormente cuando se codifique el alta de hospitalización y así completar el CMBD.

Los datos del CMBD sirven para confeccionar los GRD. Los sistemas de clasificación como **Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)**



RECUERDA QUE

El CMBD se compone de tres tipos de datos: de identificación del paciente, administrativos de identificación del episodio y clínicos.



AMPLÍA TUS CONOCIMIENTOS

El **GRD** es un programa informático que, alimentado con datos de los pacientes dados de alta de un hospital, los clasifica en grupos. Este **sistema de clasificación de pacientes** es empleado por los hospitales españoles para conocer la casuística hospitalaria, es decir, el tipo de pacientes que asiste a cada hospital; y es de gran utilidad en la **gestión y la financiación de los hospitales**. Los GRD clasifican a los pacientes hospitalarios en grupos homogéneos en cuanto a consumo de recursos. En cada grupo se clasifican pacientes clínicamente similares y con parecido consumo de recursos, es decir, con una complejidad equivalente. La información que necesita el sistema GRD para clasificar a cada paciente está contenida en el **CMBD hospitalario** que completan todos los hospitales.

- Relación de dependencia de los mayores:** cantidad de personas mayores o igual a 65 años por cada 100 personas de entre 15 y 64 años.
- Índice de envejecimiento:** peso relativo de la población de 85 y más años en la población de 65 y más años.
- Porcentaje de población de x años:** peso relativo de la población de x años en el total de la población. Generalmente se establecen grupos de edad por quinquenios. Se calculan para una comunidad o para una área de salud.
- Porcentaje de grupo de edad por sexo:** n.º de varones de un grupo de edad/cantidad de mujeres del mismo grupo de edad x 100 o a la inversa.
- Porcentaje por sexo:** n.º de varones de un grupo de edad / total de varones) x 100.
- Porcentaje del total:** n.º de mujeres de un grupo de edad/total de individuos de ambos sexos x 100 (Figura 1).



Los indicadores demográficos proporcionan información sobre las características y estructura de una determinada población en un periodo de tiempo y de su evolución (natalidad, fecundidad, mortalidad).

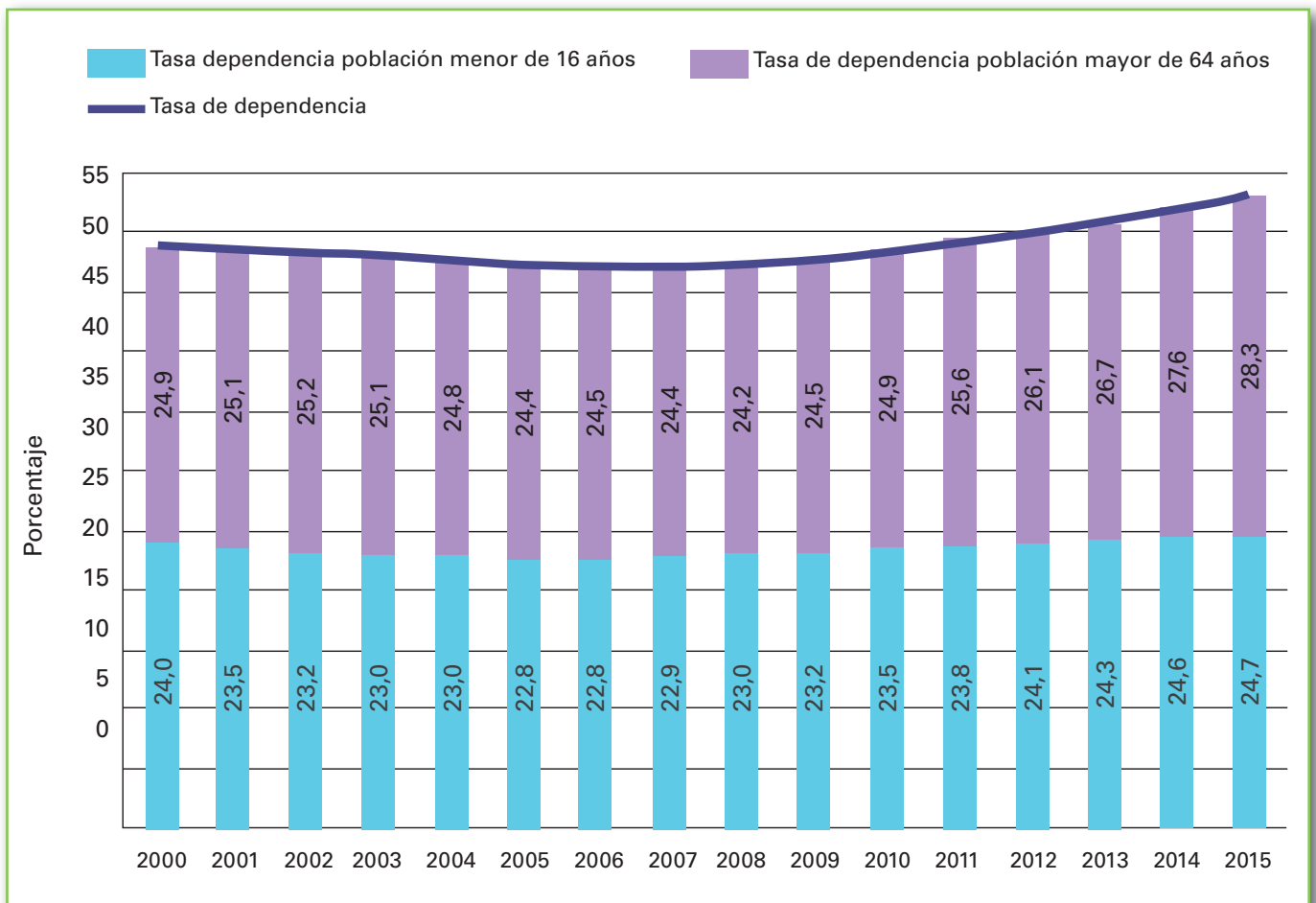


Figura 1. Evolución de la tasa de dependencia: tasa de dependencia de menores de 16 años y tasa de dependencia de mayores de 64 años, 2000-2015. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos.

$$\frac{N.º \text{ de solicitudes recibidas de otros centros}}{N.º \text{ de días / meses s periodo analizado}}$$

- ▶ Distribución de pruebas realizadas para otros centros por tipo de prestación, centro solicitante, etc.
- ▶ Número de intervenciones quirúrgicas derivadas a otros centros.

▶ Indicadores de calidad:

▶ Tiempo medio de tramitación de las solicitudes de asistencia:

$$\sum \frac{\text{fecha de comunicación al solicitante} - \text{fecha de recepción de la solicitud}}{N.º \text{ de solicitudes resueltas en el periodo}}$$

▶ Porcentaje de solicitudes no resueltas:

$$\frac{N.º \text{ de solicitudes sin resolver}}{N.º \text{ total de solicitudes recibidas}} \times 100$$

4. MAPA DE CENTROS SANITARIOS DE REFERENCIA

El **mapa de centros sanitarios de referencia** incluye la relación de centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud designados por resolución del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, para la atención o realización de las patologías o procedimientos que se indican. Este listado está en continua actualización.



<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/listaCSUR.pdf>

Lista CSUR

5. CATÁLOGOS DE PRUEBAS Y SERVICIOS SANITARIOS

Para atender los **objetivos y funciones** establecidas, el SADC de cada hospital dispondrá de **catálogos y procedimientos de actuación** permanentemente actualizados:

- ▶ Cartera de servicios y catálogo de prestaciones del centro.
- ▶ Catálogo de centros y de prestaciones para las que el centro es referencia.
- ▶ Centros sanitarios de referencia y concertados y catálogo de prestaciones.



<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/RdCsur.pdf>

Real Decreto 1302/2006,
de 10 de noviembre

comunes del Sistema Nacional de Salud que hubieran sido incorporados a la cartera de servicios específicos de esa comunidad autónoma y que se recogerán en el sistema de información.

Por tanto, cada comunidad autónoma tendrá su cartera de servicios y prestaciones propia, pudiendo ser diferente a la de otra u otras comunidades autónomas.

El propio **Real Decreto 63/1995** considera prestaciones complementarias la ortoprotésica, el transporte sanitario, la dietoterapia y la oxigenoterapia a domicilio.



<https://www.boe.es/boe/dias/1999/03/13/pdfs/A10252-10253.pdf>

Orden de 3 de marzo de 1999 para la regulación de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio en el Sistema Nacional de Salud

I.1. Oxigenoterapia y aerosolterapia

La **oxigenoterapia** crónica a domicilio y la **aerosolterapia** se engloban dentro de las técnicas de **terapia respiratoria a domicilio**, en las que además de ellas se encuentran la **ventilación mecánica** a domicilio y el tratamiento ventilatorio del **síndrome de la apnea del sueño** a domicilio. La aplicación de gran parte de estos tratamientos se desarrolla en el medio hospitalario, pero en ocasiones puede efectuarse en el propio domicilio del paciente, siempre y cuando concurren determinadas circunstancias y requisitos, evitando así hospitalizaciones innecesarias. Esta prestación complementaria se realizará por centros o servicios especializados, con capacidad para realizar gasometrías y espirometrías, autorizados por los servicios de salud (Figura 1).



Figura 1. Oxigenoterapia.

Los **requisitos** y las **situaciones clínicas** justificarían las indicaciones de **terapia respiratoria** a domicilio, cuyo **objetivo** es el mantenimiento de un correcto estado ventilatorio de los pacientes, mejorar la calidad y esperanza de vida, favorecer su integración social y disminuir las estancias hospitalarias.



La oxigenoterapia crónica a domicilio y la aerosolterapia se engloban dentro de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio en las que, además de ellas, se encuentran la ventilación mecánica a domicilio y el tratamiento ventilatorio del síndrome de la apnea del sueño a domicilio.



Los hospitales de día están identificados por el código U.65 en la clasificación establecida en el Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.



Se define el puesto en hospital de día como cada una de las "plazas destinadas a hospitalización durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.

El servicio está formado por un equipo de profesionales, como médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y logopedas, etc., que ofrecen un tratamiento integral a los pacientes.

En las consultas externas, los **especialistas** realizan el diagnóstico y valoración de los pacientes y establecen los tratamientos oportunos o las estrategias necesarias para coordinar el proceso de su recuperación.

Para recibir asistencia en este servicio debe ser derivado por un médico especialista o de Atención Primaria.

1.4. Hospitales de día (geriátrico, oncológico y radioterapia)

Los hospitales de día, identificados por el código U.65 en la clasificación establecida en el **Real Decreto 1277/2003**, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, se definen como "unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital".

El Sistema Nacional de Salud realiza un seguimiento de la actividad realizada por los centros sanitarios en esta modalidad asistencial de hospitalización de día. Se considera como indicador del Sistema Nacional de Salud la ratio de puestos de hospital de día por población como un indicador estructural.

Se define el puesto en **hospital de día** como cada una de las "plazas destinadas a hospitalización durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital. No se incluyen, por tanto, los puestos dedicados a los servicios de urgencias" (Figura 5).



Figura 5. Hospital de día.

- Transporte sanitario individual: está preparado para transportar a una sola persona más el personal necesario (Figura 15).



Figura 14. Transporte colectivo.



Figura 15. Transporte individual.

► Según la dotación:

- Transporte sanitario no asistido: es el indicado para el traslado especial de pacientes que no requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta. No pueden llevar camillas y no llevan personal sanitario; solo han de disponer de botiquín.
- Transporte sanitario asistido: es el indicado para el traslado de personas enfermas o accidentadas que requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta. En este caso, la persona va en una camilla y hay personal sanitario dotado de los equipos y materiales necesarios para atenderla.

► Según el destino:

- Transporte primario: es el que se lleva a cabo desde el lugar en que se produce una emergencia extrahospitalaria hasta el hospital.
- Transporte secundario o interhospitalario: es el que se efectúa desde un centro hospitalario hasta otro, generalmente pacientes con críticos, por motivos diagnósticos o terapéuticos. Se realiza entre dos centros sanitarios, en el que uno de los centros es el emisor y otro el receptor (centro de mayor nivel o centro útil).
- Transporte terciario: es el que se lleva a cabo dentro del propio recinto hospitalario.

► Según la titularidad:

- Transporte sanitario oficial: es el que se realiza con vehículos de las administraciones públicas.
- Transporte sanitario público: es el que llevan a cabo empresas privadas por encargo de las administraciones correspondientes, generalmente a través

UNIDAD DE SOPORTE VITAL BÁSICO

DATOS DE LA ACTUACIÓN

FECHA FECHA DE CONTACTO N.º DE INFORME
 COD. INICIAL COD. FINAL COD. VALORACIÓN EQUIPO AMB

Apellidos, Nombre: _____ Lugar del suceso: _____



Edad: _____ Sexo _____ DNI _____ V/P Domicilio Telf. paciente _____
 Domicilio del paciente: _____

VALORACIÓN

Hora	FR.	F.C.	T.A.	R. Capilar	SAT O ₂	Consciencia	Glasgow	Pupilas				
				N / R / A		A/V/D/N	O	M	V	T	I	D

Vía aérea	Respiración	1ª	2ª	Pefusión	1ª	2ª	Neurológico	1ª	2ª
Permeable <input type="checkbox"/>	Normal			Coloración normal			Pérdidas de memoria		
No permeable <input type="checkbox"/>	Profundidad anormal			Pálidez			Déficits motores		
Presencia de:	Ruidos anormales			Cianosis			Déficits de sensibilidad		
Cpo. extraño <input type="checkbox"/>	Expansión asimétrica			Sudoración			Relajación de esfínteres		
Vómito <input type="checkbox"/>				Pulso irregular					
Sangre <input type="checkbox"/>				Pulso filiforme					
Otros <input type="checkbox"/>				Pulso periférico ausente					

TRAUMATOLOGÍA

QUEMADURAS	% SUPERFICIE	GRADO			Posición de traslado
CABEZAY CUELLO					D. Supino <input type="checkbox"/>
MSD					D. Lateral..... <input type="checkbox"/>
MSI					Trendelemburg <input type="checkbox"/>
TÓRAX					Antitren..... <input type="checkbox"/>
ESPALDA					Semisentado <input type="checkbox"/>
ABDOMEN					Sentado..... <input type="checkbox"/>
GENITALES					Antiálgica <input type="checkbox"/>
MID					PLS <input type="checkbox"/>
MII					

MANEJO DEL PACIENTE

Vía aérea	Curas	Perfusión	Inmovilización	RCP
Cuerpo extraño <input type="checkbox"/>	Hemostasia <input type="checkbox"/>	Fluidos <input type="checkbox"/> Perfundido	Collarin <input type="checkbox"/> Férula M.S. <input type="checkbox"/>	Masaje cardiaco <input type="checkbox"/>
Aspiración n.º:	Hielo <input type="checkbox"/>	S. Ringer	Kendrick <input type="checkbox"/> Férula M.I. <input type="checkbox"/>	DESA <input type="checkbox"/>
Guedell n.º:	Cura aséptica <input type="checkbox"/>	S. Salino	Inm. cabeza <input type="checkbox"/> F. tracción <input type="checkbox"/>	N.º de descargas:
Oxigenación <input type="checkbox"/> l./min <input type="text"/>	Vendaje <input type="checkbox"/>	Volumen	C. cuchara <input type="checkbox"/> P. triangular <input type="checkbox"/>	
Percent. <input type="text"/>	Tipo:	Glucosado 5%	F. aluminio <input type="checkbox"/>	
Ventilación Ambú <input type="checkbox"/> Control esp. <input type="checkbox"/>		Total		Tiempo RCP:

Demanda del paciente.

Antecedentes, medicación, alergias.

Comentarios a la actuación. Reseñar: Tipo de incidente, signos y síntomas, actitudes terapéuticas adaptadas, evolución durante el traslado

RESOLUCIÓN DE LA ACTUACIÓN

Componentes y firma: _____ _____	<input type="checkbox"/> Asistencia sin traslado. Usted ha sido asistido por este servicio y no desea ser trasladado. <input type="checkbox"/> Deniega asistencia.	<input type="checkbox"/> El paciente fue transferido a: Unidad <input type="text"/> N.º Informe <input type="text"/> <input type="checkbox"/> El paciente fue transferido a: HOSPITAL/OTROS: _____ _____ _____
<p style="text-align: center;">PRESENCIA EN EL LUGAR</p> 092 <input type="checkbox"/> 091 <input type="checkbox"/> 080 <input type="checkbox"/> SUMMA <input type="checkbox"/> SAMUR <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> G. Civil <input type="checkbox"/> Coordinador <input type="checkbox"/>	Firma y DNI de los testigos o n.º de ID policial:	SELLO

Figura 17. Impreso del informe del soporte vital básico.



<http://www.svdm.es/svdm/real-decreto-6052003-por-el-que-se-establecen-medidas-para-el-tratamiento-homogeneo-de-la-informacion-sobre-las-listas-de-espera-en-el-sistema-nacional-de-salud/>

Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo

2.3.2. Clasificación de los pacientes incluidos en el registro, en función del tipo de espera atendiendo al Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud

- › Pacientes en espera estructural.** Incluye los pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de Atención Especializada o de la realización de una prueba diagnóstica o terapéutica, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.
- › Pacientes en espera no estructural.** Pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita:
 - ▶** Pacientes con demora atribuible a la propia voluntad del paciente (pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales o por libre elección de médico).
 - ▶** Resto de pacientes incluidos en el registro cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico petitionerio.

3. COORDINACIÓN DE LA CITACIÓN DE LA ACTIVIDAD AMBULATORIA EN EL PROPIO CENTRO Y CON OTROS CENTROS

La **gestión de la actividad ambulatoria** debe estar organizada para mejorar la coordinación entre los diferentes servicios de especializada, entre niveles asistenciales del área de salud y otros centros de referencia, siendo un punto crítico en la garantía de continuidad de la asistencia del paciente.

Se constituye un punto de referencia de pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios, trámites y circuitos de acceso para aspectos administrativos de la atención ambulatoria. Identifica y prioriza problemas en relación con la accesibilidad de los pacientes.

- › Coordinación en el propio centro.** Un servicio médico que es responsable de un paciente puede solicitar a otro servicio médico distinto una interconsulta. El médico que solicita la petición sigue siendo responsable de ese paciente. El servicio al que se solicita la consulta revisará su historia clínica y realizará su exploración cumplimentando un informe clínico de respuesta. La solicitud de interconsulta se realiza desde el sistema de información ambulatoria.
- › Coordinación con pruebas complementarias.** La gestión de la cita en consulta se debe coordinar con la cita de pruebas complementarias. Por eso:



La gestión de la actividad ambulatoria debe estar organizada para mejorar la coordinación entre los diferentes servicios de Atención Especializada, entre niveles asistenciales del área de salud y otros centros de referencia.

- ▮ Medios como el tren, metro, autobuses de línea y excepcionalmente el barco, el avión o el helicóptero, siempre que la situación clínica del paciente posibilite la utilización de estos medios de transporte y que tales circunstancias impidan la utilización de medios de transporte colectivo y no precisen traslado en camilla.



<http://www.san.gva.es/web/dgfps/prestaciones-especificas-cv>

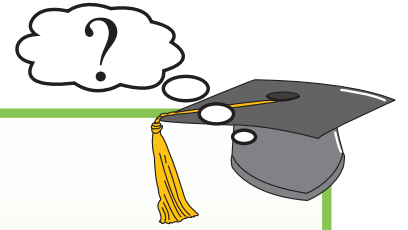
Prestaciones sanitarias en la Comunidad Valenciana

2.8. Normativa establecida

Además de la normativa establecida de transporte sanitario, vista en el punto 2.4, los vehículos de transporte sanitario por carretera deben cumplir los requisitos señalados en el **Real Decreto 836/2012**, así como los de la normativa de la correspondiente comunidad autónoma en la que tengan su base de actuación.

RESUMEN

- ✓ En este capítulo hemos visto cómo cada comunidad autónoma **regula los servicios asistenciales complementarios** según las características y necesidades de la población que atiende. Hemos visto, sobre todo, la **oxigenoterapia** y la **aerosolterapia**, la **diálisis**, la **rehabilitación** y los **hospitales de día geriátricos, oncológicos y de radioterapia**.
- ✓ Dentro de las **prestaciones complementarias** y de la **gestión de pacientes** ocupa un lugar importante el **transporte sanitario** y en este capítulo hemos visto qué es, los tipos de transporte sanitario que hay y sus indicaciones, así como la **normativa y protocolos** para la correcta gestión de este.



EJERCICIOS

- › E1. Investiga los programas de salud que se aplican en el área de salud a la que perteneces.
- › E2. Haz un esquema sobre las prestaciones del centro de salud, especifica también los programas que desarrolla el equipo de Atención Primaria del centro de salud.
- › E3. Elabora un mapa conceptual completo sobre la clasificación de centros que prestan Atención Especializada e indica las características más importantes de cada uno de ellos.
- › E4. En el informe de actividad del mes de enero del ejercicio del año 2014 de un hospital universitario se recogen los siguientes datos: 350 camas funcionantes, 725 ingresos programados, 296 ingresos urgentes, 6.128 estancias totales. Calcular estancia media, índice de ocupación, presión de urgencias, índice de rotación, índice de desocupación.



EVALÚATE TÚ MISMO

1. Los hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos, son los:
 - a) C.1.2.
 - b) C.1.3.
 - c) C.1.1.
 - d) C.1.4.
2. Los centros de tipo C.2.5.5 son los centros de:
 - a) Reconocimiento.
 - b) Diálisis.
 - c) Transfusión.
 - d) Diagnóstico.
3. Los hospitales de día pueden ser:
 - a) Psiquiátricos.
 - b) Quirúrgicos.
 - c) Médicos.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.



SOLUCIONES

EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=41