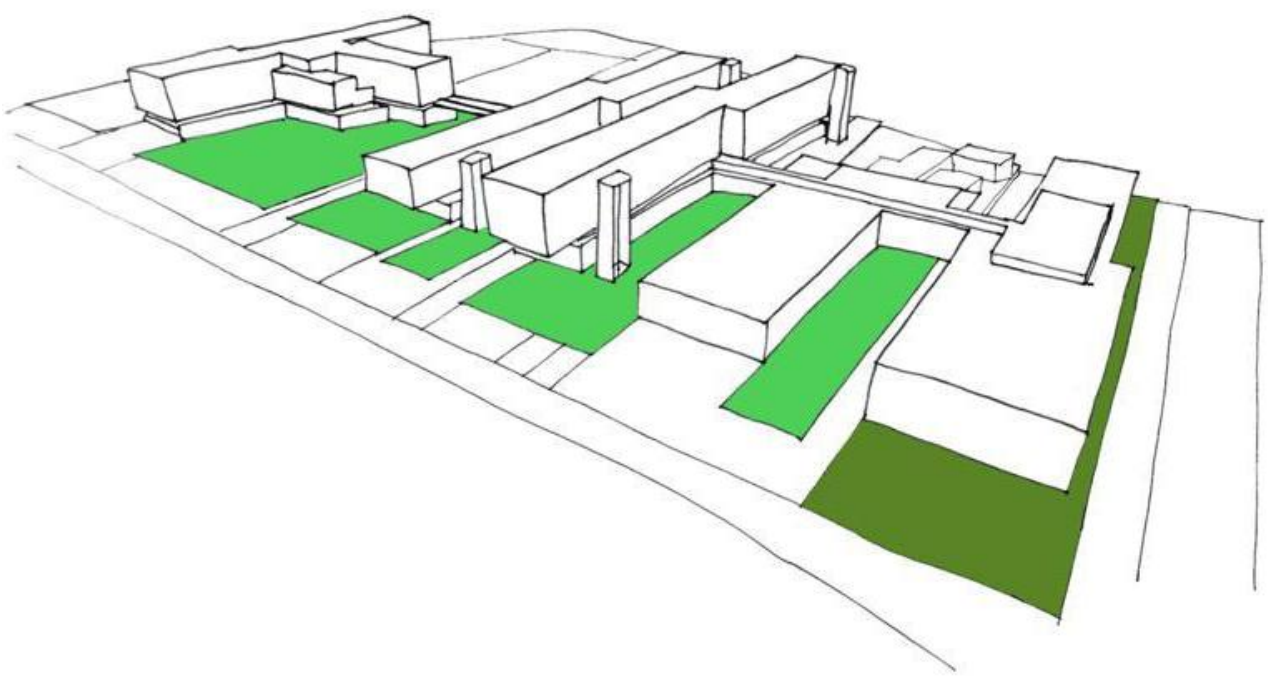
Plan Funcional del nuevo Hospital Can Misses



DOCUMENTO 1 Capítulo I. ENTORNO Y ANALISIS POBLACIONAL

DOCUMENTO 2 Capítulo II. MODELO DE HOSPITAL

DOCUMENTO 3 Capítulo III. 1. DISEÑO FUNCIONAL

DOCUMENTO 4 Capítulo III. 2. DISEÑO FUNCIONAL

DOCUMENTO 5 RESUMEN DE SUPERFICIES

Capítulo I. ENTORNO Y ANALISIS POBLACIONAL

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN BALEARES……..….pág. 4

1. CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

CRECIMIENTO NATURAL

2. LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN EN BALEARES

3. SALDO MIGRATORIO

4. MARCO DEMOGRÁFICO AUTONÓMICO

5. EVOLUCIÓN FUTURA DE LA POBLACIÓN. CASO INSULAR.

6. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

LAS DESIGUALDADES ESPACIALES EN LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA

PROCESOS MIGRATORIOS

PRESTACIONES Y CENTROS SANITARIOS DE BALEARES…… pág. 42

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS: AREAS DE SALUT……..…….…….. pág. 45

7. ENTORNO FÍSICO

8. RED URBANA E INFRAESTRUCTURA VIAL

9. DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL

10. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

Capítulo II. MODELO DE HOSPITAL

EL HOSPITAL DE CAN MISSES……..pág. 3

CARTERA DE SERVICIOS……pág. 5

MODELO DE HOSPITAL PROYECTADO……pág. 7

VISIÓN DEL MODELO DE HOSPITAL CON RESPECTO AL PACIENTE.

VISIÓN DEL MODELO DE HOSPITAL CON RESPECTO AL PROFESIONAL.

VISIÓN DEL MODELO DE HOSPITAL CON RESPECTO A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.

VISIÓN DEL MODELO DE HOSPITAL CON RESPECTO A LA ORGANIZACIÓN ESPACIAL.

VISIÓN DEL MODELO DE HOSPITAL ASISTENCIAL.

VISIÓN DEL MODELO DE HOSPITAL ORGANIZATIVO.

VISIÓN DEL MODELO DE HOSPITAL DE TECNOLOGÍA.

AREAS FUNCIONALES……pág. 18

SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITALIZACIÓN

SERVICIOS CENTRALES

UNIDADES DE SOPORTE ASISTENCIAL

AREA DE DIRECCIÓN

ÁREA DE SOPORTE LOGÍSTICO

ÁREA DE SOPORTE AL PERSONAL

ÁREA DE SERVICIOS GENERALES

ÁREA DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS

RESERVA DE ESPACIOS PARA DISPOSITIVOS DE ATENCION SOCOSANITARIA

Capítulo III. 1. DISEÑO FUNCIONAL

SERVICIOS AMBULATORIOS……..……..……pág. 3

AREA DE CONSULTAS EXTERNAS

GABINETES CENTRALES DE EXPLORACIONES

HOSPITALES DE DÍA

URGENCIAS

HOSPITALIZACIÓN……..……..……pág. 26

HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

HOSPITALIZACIÓN MATERNO INFANTIL

HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

UCI

ÁREA DE SERVICIOS CENTRALES……..……pág. 40

BLOQUE QUIRURGICO

DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

REHABILITACIÓN

LABORATORIOS

FARMACIA

UNIDADES DE SOPORTE ASISTENCIAL……..……..……pág. 54

UNIDAD DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLINICA

ATENCIÓN AL PACIENTE

MEDICINA PREVENTIVA, CALIDAD Y GESTION DE RIESGOS CLINICOS; MEDICINA LABORAL

AREA DE DOCENCIA

AREA DE INVESTIGACIÓN

BILIOTECA DEL PERSONAL

SALÓN DE ACTOS

Capítulo III. 2. DISEÑO FUNCIONAL

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL……..……..pág. 3

AREA DE DIRECCIÓN

AREA DE ADMINISTRACIÓN

AREA DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO

AREA DE TECNICOS

ÁREA DE SOPORTE LOGÍSTICO……..……..pág. 10

ALMACEN

ESTERILIZACION

COCINAS

ÁREA DE SOPORTE AL PERSONAL……..……..pág. 15

AREA DE RESIDENCIA DE MÉDICOS

ZONA DE VESTUARIOS

ORGANIZACIONES SINDICALES

SERVICIOS RELIGIOSOS

CENTRO DE MANDOS INTERMEDIOS

ÁREA DE SERVICIOS GENERALES……pág. 22

SERVICIO DE LIMPIEZA

ZONA ROPA SUCIA

ZONA DE RESIDUOS

TALLER DE MANTENIMIENTO DE ELECTROMEDICINA

ÁREA DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS……pág. 27

CAFETERIA PÚBLICA

CAFETERIA PERSONAL

BILIOTECA DEL PACIENTE

HALL Y ZONA COMERCIAL

APARCAMIENTO

ÁREA DE INSTALACIONES TÉCNICAS…… ……pág. 34

PROGRAMA FUNCIONAL

NUEVO HOSPITAL

DE EIVISSA

Capítulo 1: Entorno y análisis poblacional

Apartados analizados:

- **Agradecimientos**……..**pag 1**
- **Características generales de la población en Baleares**……**pag 4**
- **Prestaciones y Centros Sanitarios de Baleares**……**pag 42**
- **Características específicas: Áreas de Salud**…..……..**pag 45**

RELACION ALFABETICA DE PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO, POR PARTE DEL SERVEI DE SALUT DE LAS ILLES BALEARS Y DEL HOSPITAL DE EIVISSA, EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

- Luis Alegre LaTorre – Director de Planificación y Coordinación Asistencial Ibsalut
- Luis Carretero Alcántara – Director Económico Financiero Ibsalut
- Ignaci Casas Ollé – Director de Gestión H. Eivissa
- Antonio Cuñat Mafé – Director Médico H. Eivissa
- Jose Alberto Martín González – Jefe Admisión H. Eivissa
- Francisco Valcárcel – Gerencia H. Eivissa
- Isabel Zaldívar Laguía – Director de Enfermería H. Eivissa

RELACION ALFABETICA DE PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO, POR PARTE DE MENSOR CONSULTORÍA Y ESTRATEGIA, EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

- Cristina Fernández – Consultora
- Carlos Ostalé – Gerente de proyectos
- Fernando Silió – Director de proyectos

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN BALEARES

Según la última previsión del Padrón a 1 de enero de 2007, la población de Baleares asciende a 1.030.650 habitantes, lo que representa el 2,28% de la población del conjunto nacional. Esta cifra de población puesta en relación con la superficie de la región de 4.992 kilómetros cuadrados, da una densidad de población en Baleares de 189,78 habitantes por kilómetro cuadrado, cifra que supera la densidad media nacional.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE ESPAÑA Y BALEARES

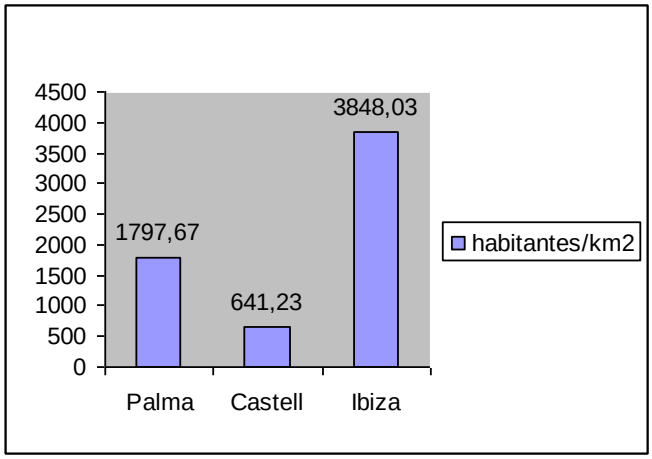
	España	Baleares
Superficie en km.	505.988	4992
Superficie %	100%	0,98%
Población	43.197.684	1.030.650
Población %	100%	2,28%
Densidad de población	85.37	189,78

Fuente: INE. Padrón municipal 2007

De los 67 municipios que componen el mapa municipal de la región, 15 municipios cuentan con una población inferior a 2.000 habitantes lo que representa casi el 23% del total de los municipios. Los municipios de Palma y Calviá son sus dos centros urbanos neurálgicos. Palma de Mallorca, capital de la región, cuenta con una población de 375.773 habitantes lo que representa el 36,46% de la población total. Eivissa, reúne una población de 42.797 habitantes, el 4,15 % de la población de nuestra región.

El siguiente gráfico muestra los municipios de Baleares que presentan un mayor número de habitantes por unidad de superficie.

DENSIDAD DE POBLACIÓN DE MUNICIPIOS DE BALEARES



Fuente:elaboración propia

Eivissa se sitúa como el municipio con una mayor densidad de población, con 3.848,03 habitantes por kilómetro cuadrado. Le siguen Palma con 1.797,67 habitantes por kilómetro cuadrado y Marratxi con una densidad de población de 548,57 hab/km2.

1.1. CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Las pautas del crecimiento demográfico en España, resultado del comportamiento de la natalidad, la mortalidad y la migración, están experimentando cambios sustanciales al compás de la creciente influencia del fenómeno de la inmigración extranjera.

Tal es la preocupación por este fenómeno que el INE ha dispuesto ampliar la información del Movimiento Natural de la Población con datos específicos sobre nacimientos, defunciones y matrimonios de extranjeros desde el año 2002. En un reciente informe elaborado por el INE para el conjunto nacional se señala que los nacimientos de madre extranjera en el año 2003 además de representar el 12,12% de los nacimientos registrados, crecieron un 22,60% con respecto al año anterior.

Las defunciones de extranjeros, sin embrago, sólo representaron un 2,30% del total de fallecimientos registrados en España, lo que parece venir explicado por una estructura menos envejecida de la población extranjera. Esta mayor participación extranjera en las cifras de natalidad españolas frente a las cifras de mortalidad, en donde la representatividad es pequeña, está impulsando el crecimiento vegetativo de nuestro país.

Baleares, está notando también desde un punto de vista demográfico, la influencia del fenómeno de la inmigración extranjera.

Según el Instituto Balear de Estadística, del total de nacimientos en Baleares en 2005 (10.926), el 2,07% de éstos correspondieron a madres extranjeras siendo sus principales lugares de procedencia Europa y África. En 2005 tuvieron lugar en Baleares 4273 matrimonios de los cuales 385 estaban compuestos por contrayentes ambos extranjeros, lo que supone un 9,01% del total. Si comparamos estos datos con los del año anterior, vemos que ese porcentaje fue algo mayor en 2004 (9,86%). Los matrimonios en los que alguno de los cónyuges era extranjero suponen un 19,42 % del total en el año 2005 y un 20,13 % en el 2004.

En el año 2005 se contabilizaron en Baleares un total de 7.356 defunciones y un 5,11 % correspondieron a extranjeros residentes en las islas. Si comparamos este porcentaje con el del año anterior (4,07%), vemos que el número de fallecidos extranjeros aumentó ligeramente en 2005.

La evolución de la población en Baleares desde el año 1998 hasta el año 2006 y su estructura por sexos, según datos del padrón municipal de habitantes viene representada en el cuadro siguiente. En relación a estos datos, conviene precisar que en el año 1996 se produjo la introducción de un cambio legislativo en la producción de las cifras de población, consistente en la eliminación de la distinción entre población de hecho y de derecho. Este cambio, sin embargo, no se materializó hasta el año 1998, en que se inició la publicación de cifras de población oficial a 1 de enero de cada año.

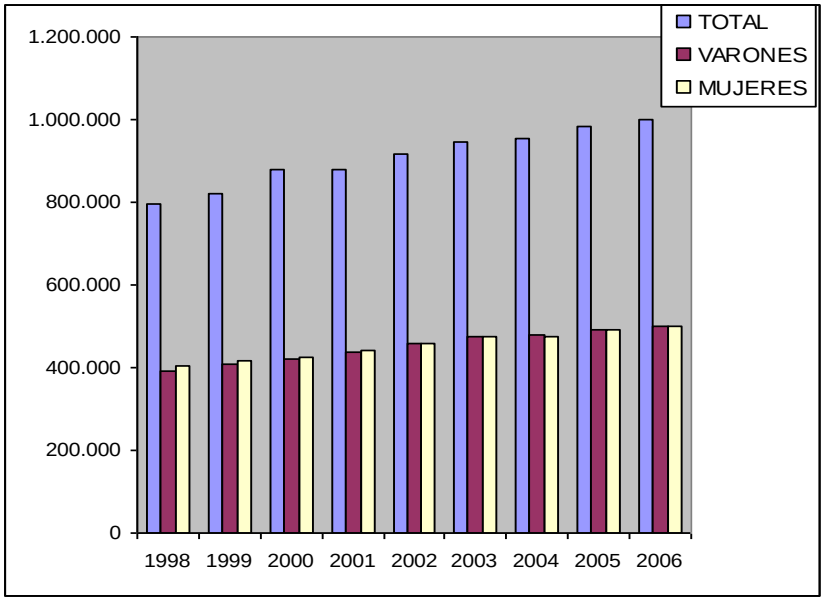
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE BALEARES

	TOTAL	VARONES	%	MUJERES	%
1991	709.138	348.630	49%	360.508	51%
1998	796.483	392.835	49%	403.648	51%
1999	821.820	406.358	49%	415.462	49%
2000	878.630	419.095	48%	426.535	50%
2001	878.627	437.340	50%	441.287	50%
2002	916.968	458.349	50%	458.619	50%
2003	947.361	474.248	50%	473.113	50%
2004	955.045	478.046	50%	476.999	50%
2005	983.131	492.642	50%	490.489	50%
2006	1.001.062	501.899	50%	499.163	50%

Fuente:INE. Padrón municipal 2007

Este gráfico ilustra la evolución seguida por la población de Baleares desde el año 1998 hasta el 2006. El porcentaje entre hombres y mujeres se mantiene muy similar en cada uno de los años del período estudiado.

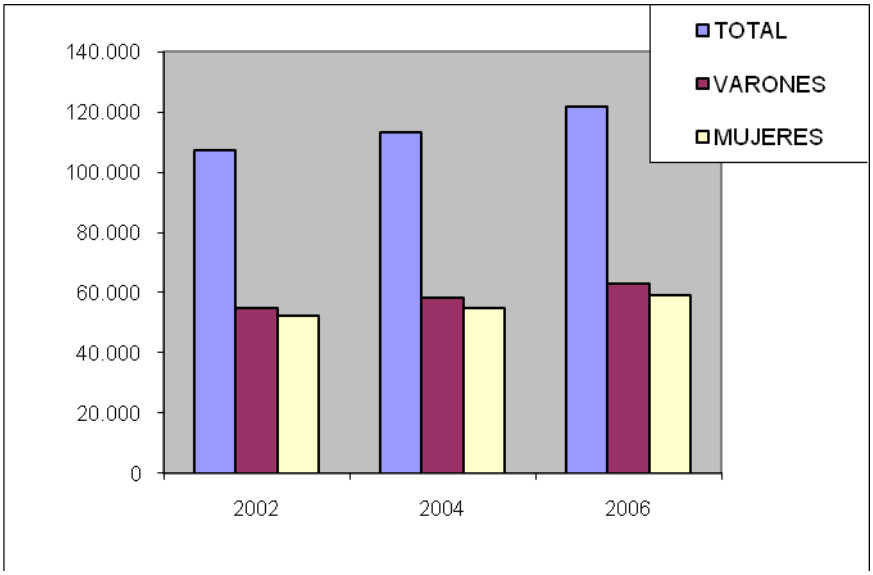
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO



Fuente: elaboración propia

En cuanto a la población de Eivissa, cabe destacar que el porcentaje de varones con respecto al de mujeres es siempre superior al de mujeres en cada uno de los años estudiados. En el año 2006, el número de hombres con respecto al total de población en Eivissa representó el 51,58 % población en Ibiza. La población en esta isla creció en 2006 un 13,47 % con respecto a 2002.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO EN IBIZA



Fuente: elaboración propia

1.2. CRECIMIENTO NATURAL.

El crecimiento natural o crecimiento vegetativo se define como la diferencia entre los nacimientos y las defunciones que tienen lugar en un territorio. En el cuadro se recogen las cifras de nacimientos, defunciones y matrimonios registrados en Baleares desde el año 1998 hasta el año 2005.

CRECIMIENTO NATURAL Y MATRIMONIOS DE LA POBLACIÓN DE BALEARES

	Nacimientos	Defunciones	Saldo	Matrimonios
1998	8305	6993	1312	4402
1999	8848	7418	1430	4506
2000	9503	7309	2194	4494
2001	9838	6927	2931	4329
2002	10420	7111	3309	4586
2003	10655	7356	3299	4658
2004	10792	7049	3743	4554
2005	10926	7356	3570	4273

Fuente:INE. Padrón municipal 2007

En la evolución del número de nacimientos de la región en el periodo 1998-2005 es posible diferenciar tres fases. De 1998 a 2001, el número de nacimientos fue aumentando de manera progresiva con un crecimiento interanual del 7% entre 1998 y 2000 y de un 4% entre 2001 y 2000. En el año 2002 se observó un crecimiento en el número de nacimientos algo mayor (6%) con respecto al período anterior. A partir del año 2003, aunque siguió aumentando la cifra de nacidos en Baleares, el crecimiento se suavizó hasta el 1 % desde este año hasta el 2005. De ellos, 5719 fueron niños y 5 207 niñas.

El número de nacimientos de madre extranjera registrados éste año en Baleares fue de 2.631, lo que representó el 24,1% del total de nacimientos. Es interesante destacar que este porcentaje ha ido aumentando con el tiempo pues en el año 2000, el número de niños nacidos de madre extranjera en Baleares sólo suponía el 10,76 % del total.

La mortalidad en Baleares se ha mantenido sin importantes variaciones desde el año 1998. En el último año, 2005, el repunte de la mortalidad fue considerable. En ese año tuvieron lugar un total de 7.356 fallecimientos, lo que frente a las 7.049 defunciones registradas en el año 2004, representa un aumento de la mortalidad en Baleares de un 4,3 por ciento. De estas 7.356 muertes, 3.873 correspondieron a varones y 3.483 a mujeres. Asimismo, cabe destacar que el número de defunciones de extranjeros en el año 2005 fue de 164 personas, el 2,22 por ciento del total de fallecidos en Baleares. Este porcentaje es similar al registrado en el territorio nacional, donde los fallecimientos de extranjeros representaron el 2,27 por ciento en el año 2003.

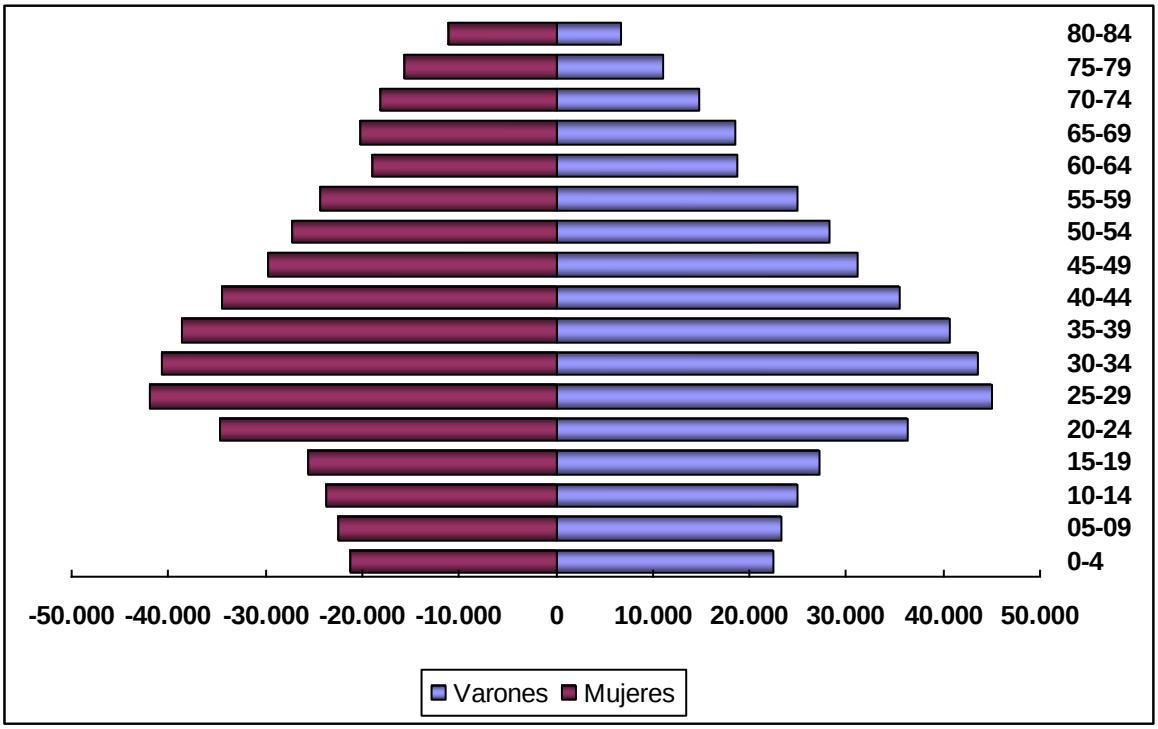
El dato de crecimiento natural correspondiente al año 2005 (3.570), es mucho más favorable al obtenido en el año 1998, de 1.312. Ésto resulta esperanzador, pues da continuidad a la tendencia que presenta la cifra de nacimientos a aproximarse a la cifra de defunciones. La diferencia entre nacimientos y defunciones entre la población de nacionalidad extranjera registrada en Baleares es de 2.467 en 2005. Ésto está contribuyendo positivamente a que el crecimiento natural total de nuestra región tienda al equilibrio.

El crecimiento natural en la isla de Ibiza aumentó entre los años 2003-2005, pasando de 608 a 681 en 2005. El total de nacimientos aumentó un 4,48 % en 2005 en relación a 2003. De éstos, un 51,24% correspondió al sexo masculino, sin embargo el año anterior el número de mujeres nacidas superó al de varones.

1.3. LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN EN BALEARES

El estado de envejecimiento o rejuvenecimiento de un territorio viene reflejado en la forma que adopta su pirámide de población. A partir de la explotación de los datos del Padrón municipal de habitantes por sexo y edad para el año 2005, se ha construido la pirámide poblacional de Baleares, que viene representada en el gráfico siguiente. Esta figura muestra un apreciable ensanchamiento en su parte central, lo que muestra el predominio de los grupos de edad entre 25 y 39 años en la población balear. Un aspecto a destacar de esta figura es el hecho de que es perfectamente casi simétrica con respecto al eje trazado. Esta simetría se debe a que en prácticamente todos los grupos de edades, el número de hombres es muy similar al de mujeres en Baleares.

PIÁMIDE DE LA POBLACIÓN DE BALEARES



Fuente: elaboración propia

El grupo de población con edades inferiores a 15 años es de 147.736 personas. El grupo más numeroso es el que comprende las edades de entre 15 y 64 años con una población de 700.699 personas, un 71,3% del total de Baleares en 2005. La población mayor de 65 años en este año era de 134.696 personas, que con 134.379 personas.

En el siguiente cuadro se presenta la estructura poblacional desagregada por grupos de edad y sexo en Baleares, según datos de la explotación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2007. En correspondencia con lo indicado anteriormente, la proporción de mujeres sobre el total supera a la proporción de hombres a partir de los 65 años. Además, esta diferencia se amplia de manera creciente a medida que se asciende hacia cohortes de edad más avanzada, lo que viene explicado por la mayor esperanza de vida al nacer que presentan las mujeres. Sin embargo, hasta la edad de

60 años, es siempre más numeroso el grupo de hombres que en de las mujeres aunque en ningún grupo de edad se observan grandes diferencias en cuanto a la proporción de personas según el sexo.

POBLACIÓN DE BALEARES SEGÚN SEXO Y EDAD. AÑO 2005

	Illes Balears	Mallorca	Menoría	Eivissa	Formentera
Total	**1.001.062**	**790.763**	**88.434**	**113.908**	**7.957**
Hombres	501.899	394.622	44.420	58.654	4.203
Mujeres	499.163	396.141	44.014	55.254	3.754
0-4	**51.883**	**41.132**	**4.815**	**5.552**	**384**
Hombres	26.950	21.473	2.416	2.847	214
Mujeres	24.933	19.659	2.399	2.705	170
5-9	**48.930**	**38.768**	**4.643**	**5.155**	**364**
Hombres	25.167	19.987	2.341	2.637	202
Mujeres	23.763	18.781	2.302	2.518	162
10-14	**49.283**	**39.054**	**4.264**	**5.606**	**359**
Hombres	25.285	20.013	2.200	2.896	176
Mujeres	23.998	19.041	2.064	2.710	183
15-19	**52.110**	**41.288**	**4.571**	**5.900**	**351**
Hombres	26.605	21.095	2.302	3.013	195
Mujeres	25.505	20.193	2.269	2.887	156

20-24	**66.401**	**52.002**	**5.738**	**8.167**	**494**
Hombres	33.606	26.260	2.906	4.186	254
Mujeres	32.795	25.742	2.832	3.981	240
25-29	**91.751**	**71.224**	**8.066**	**11.655**	**806**
Hombres	47.102	36.523	4.143	6.007	429
Mujeres	44.649	34.701	3.923	5.648	377
30-34	**97.753**	**75.813**	**8.832**	**12.241**	**867**
Hombres	51.061	39.514	4.570	6.508	469
Mujeres	46.692	36.299	4.262	5.733	398
35-39	**88.471**	**69.348**	**7.886**	**10.423**	**814**
Hombres	46.100	35.993	4.164	5.483	460
Mujeres	42.371	33.355	3.722	4.940	354
40-44	**80.631**	**63.221**	**7.193**	**9.558**	**659**
Hombres	41.443	32.315	3.667	5.108	353
Mujeres	39.188	30.906	3.526	4.450	306
45-49	**70.902**	**55.408**	**6.187**	**8.779**	**528**
Hombres	36.048	27.998	3.169	4.592	289
Mujeres	34.854	27.410	3.018	4.187	239
50-54	**61.084**	**48.184**	**5.309**	**7.130**	**461**
Hombres	30.950	24.291	2.742	3.678	239
Mujeres	30.134	23.893	2.567	3.452	222

55-59	**56.066**	**44.241**	**5.042**	**6.305**	**478**
Hombres	28.191	22.061	2.519	3.352	259
Mujeres	27.875	22.180	2.523	2.953	219
60-64	**47.285**	**38.103**	**3.973**	**4.818**	**391**
Hombres	23.661	18.918	1.984	2.557	202
Mujeres	23.624	19.185	1.989	2.261	189
65-69	**37.816**	**30.263**	**3.579**	**3.650**	**324**
Hombres	18.469	14.715	1.734	1.856	164
Mujeres	19.347	15.548	1.845	1.794	160
70-74	**35.407**	**28.849**	**2.925**	**3.372**	**261**
Hombres	16.291	13.151	1.394	1.624	122
Mujeres	19.116	15.698	1.531	1.748	139
75-79	**28.552**	**23.440**	**2.331**	**2.592**	**189**
Hombres	12.063	9.807	1.021	1.149	86
Mujeres	16.489	13.633	1.310	1.443	103
80-84	**20.293**	**16.750**	**1.734**	**1.678**	**131**
Hombres	7.729	6.269	702	697	61
Mujeres	12.564	10.481	1.032	981	70
85 y más	**16.444**	**13.675**	**1.346**	**1.327**	**96**
Hombres	5.178	4.239	446	464	29
Mujeres	11.266	9.436	900	863	67

Fuente: Dirección General de Economía, Instituto Balear de Estadística.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE BALEARES

	1998	2000	2002	2004	2006
Índice de envejecimiento	85,51	88,82	88,46	85,80	86,34
Índice de dependencia	47,75	45,90	43,76	42,92	42,58
Mujeres en edad fértil (%)	52,23	52,67	53,53	53,65	53,30

Fuente: INE. Padrón municipal 2007

En el año 2006, el índice de envejecimiento en Baleares fue del 86,34 por ciento, frente al 85,80 por ciento obtenido en el año 2004. Si se observa la evolución de este índice desde el año 1998, se aprecia que, se ha producido un cambio de tendencia en la evolución del valor del índice de envejecimiento, aumentando éste un 3,87 % en el año 2000 con respecto al de 1998 para mantenerse muy similar en 2002 con un 88,46%. En 2004 el índice disminuye volviendo a valores próximos a los de 1998 pero en 2006 aumentó de nuevo, ahora a un 86,34 por ciento. Este fenómeno podría estar motivado, entre otras cosas por el importante aumento del grupo de extranjeros mayores de 65 años empadronados en 2004 y 2006 en las islas Baleares.

El índice de dependencia se situó en el 42,58 por ciento en el año 2006, ligeramente inferior al del año anterior, que fue del 42,92 por ciento. Desde el año 1998, el índice de dependencia ha mostrado una ligera tendencia a la baja, aunque no demasiado importante. Esto significa que el peso de la población dependiente (mayores y niños) sobre la población que se encuentra en edad de trabajar es cada vez menor. El índice de fecundidad no varió entre los años 1998 y 2004, siendo del 2,27%.

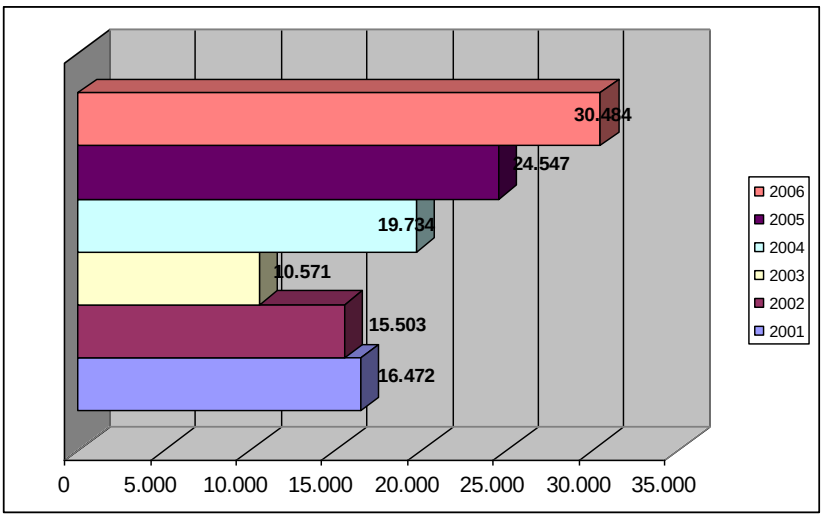
1.4. SALDO MIGRATORIO

Una vez analizado el movimiento natural de la población de la región, se pasa a estudiar el comportamiento de las migraciones, tanto las que tienen lugar dentro del territorio nacional (migraciones interiores), como las procedentes del extranjero (inmigración exterior).

Desde comienzos de los años ochenta, el particular comportamiento de los saldos migratorios interiores regionales ha llevado a calificar al nuevo modelo de migraciones interiores en España de compensado o equilibrado (Ródenas, 1994). La creciente preferencia de la población por las distancias cortas y por itinerarios migratorios más diversos, que no siempre responden a motivaciones estrictamente económicas, ha conducido a una situación, en la cual los saldos migratorios interiores de las regiones españolas presentan valores extremadamente bajos.

En cuanto a la inmigración extranjera, la magnitud de esta clase de entradas a España está siendo especialmente alta desde el año 1998, paralelamente a las reformas de la Ley de Extranjería. La Estadística de Variaciones Residenciales, que publica anualmente el INE, es la fuente de datos de la que se ha extraído la información relativa a migraciones interiores e inmigración exterior que se muestra en este apartado. Esta estadística define una migración interior como aquel cambio de municipio de residencia que tiene por destino un municipio distinto al de origen perteneciente al territorio español, y que es comunicado en el Padrón municipal. Por otro lado, esta fuente define como inmigración exterior cualquier entrada desde un país extranjero a España, que es comunicada en el Padrón del municipio de destino.

SALDO MIGRATORIO DE BALEARES EXCLUIDA LA MIGRACIÓN INTERNA



Fuente: elaboración propia

Se observa una inversión en la evolución del saldo migratorio entre los años 2001 y 2006. Los movimientos migratorios fueron descendiendo en Baleares desde 2001 a 2003, sin embargo en 2004 el saldo migratorio aumentó considerablemente con respecto al año anterior. Esta tendencia al aumento se ha mantenido hasta 2006 con un total de 30.484 migraciones en este año.

La evolución del número de inmigrantes procedentes del extranjero con destino Baleares se muestra en el cuadro siguiente. En el año 2006, un total de 53.241 inmigrantes llegaron a Baleares, de los cuales 26.644 procedían del extranjero. De Alemania llegan el 8,79 % de los extranjeros, siendo éste el principal país de procedencia seguido de Reino Unido, de donde proceden un 6,22 % del total.

INMIGRACIONES CON DESTINO BALEARES

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total	28.861	34.837	32.986	43.081	45.452	53.241
Extranjeros	8.096	10.834	12.092	22.766	24.897	26.644

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Balear de Estadística.

Desde el año 2001, las entradas de población procedente del extranjero con destino a Baleares han crecido de manera considerable. Como rasgo más destacado, se observa un notable salto en el tamaño de estas entradas a partir del año 2004. En este año, se contabilizaron un total de 43.081 entradas del exterior, frente a las 32.986 entradas registradas en el año 2003, lo que supone un aumento de la inmigración exterior del 30,6 por ciento en el año 2004 respecto al año 2003. Si se presta atención a la descomposición de la cifra de inmigración exterior atendiendo a la nacionalidad de los inmigrantes, española o extranjera, se aprecia que el fuerte aumento observado en la cifra de inmigración exterior en el año 2004 estuvo motivada por el notable aumento experimentado por la cifra de inmigración de nacionalidad extranjera en Baleares. A ésta región llegaron en 2004 procedentes del extranjero un total de 22.766 personas, frente a las 12.092 del año anterior.

1.5. MARCO DEMOGRÁFICO AUTONÓMICO

El objetivo de este apartado es ofrecer una panorámica general de la situación demográfica que presentan los distintos territorios autonómicos. Para ello, en este apartado se analizan una serie de indicadores demográficos a nivel de Comunidades Autónomas, que se recogen en el cuadro siguiente:

INDICADORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA

	TOTAL ANUAL			
	Total matrimonios	Total nacimientos	Total defunciones	Crecimiento vegetativo
ANDALUCÍA	43.625	95.527	62.591	32.936
ARAGÓN	5.769	12.326	12.964	-638
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	5.357	7.699	12.318	-4.619
BALEARS (ILLES)	4.334	11.661	7.812	3.849
CANARIAS	7.071	20.526	12.933	7.593
CANTABRIA	3.067	5.111	5.569	-458
CASTILLA Y LEÓN	11.951	19.784	25.672	-5.888
CASTILLA-LA MANCHA	10.105	19.482	16.864	2.618
CATALUÑA	33.958	82.110	58.480	23.630
COMUNITAT VALENCIANA	23.235	52.803	39.377	13.426
EXTREMADURA	5.409	10.271	10.108	163
GALICIA	12.106	21.469	29.375	-7.906
MADRID (COMUNIDAD DE)	24.857	71.740	40.450	31.290
MURCIA (REGIÓN DE)	6.503	18.144	9.797	8.347
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	2.762	6.393	5.044	1.349
PAÍS VASCO	9.594	20.246	18.382	1.864
RIOJA (LA)	1.425	3.035	2.624	411
CEUTA	317	1.409	459	950
MELILLA	373	1.366	448	918

fuente: INE. Padrón municipal 2007

MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN EN BALEARES

Año	Matrimonios	Nacidos vivos	Defunciones	Crecimiento vegetativo
1997	4.118	8.173	6.959	1.214
1998	4.402	8.305	7.079	1.226
1999	4.506	8.848	7.418	1.430
2000	4.494	9.503	7.309	2.194
2001	4.329	9.858	6.927	2.931
2002	4.586	10.420	7.111	3.309
2003	4.658	10.655	7.356	3.299
2004	4.554	10.792	7.049	3.743
2005	4.316	10.926	7.356	3.570

fuente: Instituto Balear de Estadística

En el año 2006, el número de nacimientos por mil habitantes en Baleares fue de 11,31, por encima de la media nacional, de 10,64. En Baleares, el número de nacidos vivos al año ha ido aumentando progresivamente en los últimos diez años. Se observa un crecimiento del 7,4 % entre los años 2000 y 1999 y de un 5,7 % entre 2002 y 2001. A partir de 2003 el número de nacimientos en Baleares aumenta en menor proporción cada año con respecto al anterior.

En cuanto a la mortalidad, el número de muertes registradas por cada mil habitantes en Baleares fue de 7,58. Esta tasa, a diferencia de la tasa de natalidad, se situó por debajo de la media nacional, con 8,21 defunciones por cada mil habitantes.

El número de defunciones en Baleares se ha mantenido sin grandes cambios en los últimos diez años. En 2005 el total de fallecimientos en esta región fue de 7.356, un 4,3 % mayor al número de defunciones de 2004.

La tasa del saldo vegetativo, que se obtiene como diferencia entre la tasa de natalidad y la de mortalidad, resultó favorable para catorce territorios autonómicos, entre ellos Baleares y negativa para cinco. Es interesante destacar el importante aumento del crecimiento vegetativo en Baleares desde el año 2000, si bien en los años 2003 y 2005 este valor disminuyó un 0,3% y un 4,6% respectivamente en relación a los años anteriores. Si comparamos el crecimiento vegetativo de Baleares en 2006 (3,73 por cada mil habitantes) con el referente al territorio español, concluimos que esta región se encuentra menos envejecida que la totalidad del país, ya que ese año en España, el crecimiento fue de 2,43 por mil habitantes, menor que el de Baleares.

En el año 2006, el número de matrimonios por cada mil habitantes en nuestra región fue de 4,20, algo por debajo de la media nacional, de 4,68. Los datos referentes al número de matrimonios que tuvieron lugar en Baleares en los últimos años no varía de manera importante entre años consecutivos. En 2005 por ejemplo, disminuyó un 5,2% con respecto a 2004.

1.6. EVOLUCIÓN FUTURA DE LA POBLACIÓN. CASO INSULAR.

Este apartado está dedicado a la exposición de las previsiones de población de la región de Baleares que ha realizado recientemente el INE, a partir del Censo de Población de 2007. Como hecho novedoso, el considerable aumento que han registrado las cifras de inmigración exterior en España durante los últimos años ha llevado la INE a realizar el cálculo de estas proyecciones bajo dos supuestos distintos sobre la evolución de estas entradas de inmigración.

Cada uno de estos supuestos define dos escenarios alternativos sobre la evolución futura de la población. Bajo un primer escenario, se ha supuesto que las entradas netas de extranjeros en España evolucionarán según la tendencia más reciente hasta el año 2010 y que a partir de entonces, estas entradas se mantendrán constantes. En un segundo escenario, establecido de acuerdo con las premisas de Eurostat, se ha supuesto a medio plazo una disminución mayor de las entradas netas de inmigrantes extranjeros. En particular se han considerado las mismas entradas netas de extranjeros que en el escenario primero para el período 2002-2006 y, a partir de este

último año, que estas entradas seguirán una tendencia decreciente hasta el año 2010, permaneciendo constantes en adelante.

En el siguiente cuadro se presentan las proyecciones de población para Baleares de acuerdo con el escenario primero. Según estas proyecciones se espera un crecimiento sostenido de la población balear en los próximos años, hasta alcanzarse una cifra de 1.185.474 habitantes en el año 2017.

PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN EN BALEARES SEGÚN ESCENARIO 1

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Varones	478.325	490.887	502.694	513.759	524.154	533.938	543.139	552.282	561.319	570.285	579.127
Mujeres	479.279	490.925	501.897	512.173	521.827	530.922	539.473	547.970	556.394	564.729	572.955

Las previsiones de la evolución de la población según el segundo escenario se presentan en el siguiente cuadro. Estas previsiones apuntan a un crecimiento más moderado de la población que el sugerido por el escenario primero, alcanzándose una cifra de población de 1.101.693 habitantes en el año 2017.

PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN EN BALEARES SEGÚN ESCENARIO 2

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
478.289	490.719	502.288	509.313	515.454	520.988	526.122	531.085	535.899	540.510	544.959	549.214
479.206	490.706	501.415	507.933	513.624	518.759	523.507	528.091	532.523	536.772	540.845	544.730

Fuente: INE. Padrón municipal 2007

Veamos a continuación un cuadro que muestra las proyecciones de la población desde el año 2007 hasta el 2018 en Baleares:

	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa/Ibiza	Formentera	Eivissa+Formentera
2007	1.037.611	819.665	91.016	118.683	8.242	126.924
2008	1.064.108	839.455	93.535	122.615	8.498	131.111
2009	1.090.605	859.245	96.055	126.547	8.753	135.298
2010	1.117.102	879.035	98.574	130.478	9.009	139.486
2011	1.143.599	898.825	101.093	134.410	9.264	143.673
2012	1.170.096	918.615	103.613	138.342	9.520	147.860
2013	1.196.593	938.405	106.132	142.274	9.775	152.047
2014	1.223.090	958.195	108.651	146.206	10.031	156.234
2015	1.249.587	977.985	111.170	150.137	10.286	160.422
2016	1.276.084	997.775	113.690	154.069	10.542	164.609
2017	1.302.581	1.017.565	116.209	158.001	10.797	168.796
2018	1.329.078	1.037.355	118.728	161.933	11.053	172.983
2019	1.355.575	1.057.145	121.248	165.865	11.308	177.170
2020	1.382.072	1.076.935	123.767	169.796	11.564	181.358

Para estimar la demanda sanitaria en Baleares, se ha considerado más importante el número de tarjetas sanitarias existentes que las personas empadronadas en las islas. Al ser una población flotante, nos dará mayor idea del uso de los recursos sanitarios por la población el contabilizar las tarjetas sanitarias que los certificados de empadronamiento.

En Octubre de 2007 se contabilizaron en el área sanitaria de Can Misses 135.000 tarjetas sanitarias, lo que correspondería al total de la población estimada según el padrón del INE para el año 2009 (135.298 personas). Es necesario por tanto para estimar la demanda de la actividad sanitaria, estimar la población de referencia a través de la proyección de las tarjetas sanitarias. Ésta proyección se hizo teniendo en

cuenta dos escenarios; uno considerando una hipótesis mínima de crecimiento y otro considerando una hipótesis media de crecimiento. Véase el siguiente cuadro:

PROYECCIÓN DE NÚMERO DE TARJETAS SANITARIAS EN BALEARES

	Ibiza y Formentera Hipótesis mínima	Ibiza y Formentera Hipótesis media
TSI 2004	111.594	111.594
TSI 2005	117.026	117.026
TSI 2006	123.491	123.491
TSI 2007	127.183	131.504
TSI 2008	130.986	136.440
TSI 2009	134.903	141.377
TSI 2010	138.936	146.314
TSI 2011	143.090	151.251
TSI 2012	147.369	156.188
TSI 2013	151.775	161.125
TSI 2014	156.313	166.062
TSI 2015	**160.987**	**170.999**
TSI 2016	165.801	175.936
TSI 2017	170.758	180.873

Se ha tomado como punto de partida los datos de tarjetas sanitarias Informatizadas de Eivissa y Formentera en los últimos años, tomando los datos de la información aportada por el Instituto de Estadística Balear. Las estimaciones de actividad asistencial se presentarán con un horizonte temporal a 2015 asumiendo un total de 180.000 tarjetas sanitarias en la población de referencia.

1.7. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

Una vez conocidos los principales indicadores demográficos que caracterizan la región de Baleares y su posición en relación a ellos con respecto al resto de territorios autonómicos, en este apartado se examina la manera en que la población de Baleares está distribuida en el espacio.

La densidad de población de Baleares es de 189,78 habitantes por kilómetro cuadrado, muy superior a la densidad media de población de España, siendo ésta de 85,37 habitantes por kilómetro cuadrado.

Palma de Mallorca, capital de la región, cuenta con una población de 375.773 habitantes lo que representa el 36,46% de la población total. Eivissa, la capital del área de estudio, reúne una población de 42.797 habitantes, el 4,15 % de la población de nuestra región.

Eivissa ciudad tiene una superficie de 11 km2. Es interesante destacar que el número de viviendas visadas por el COAIB aumentó exponencialmente desde 1996 a 1999, pero a partir de este año hasta 2003, esta cifra se vió considerablemente reducida. Desde el año 2004 ha vuelto a aumentar este número de viviendas en Eivissa, pasando de 204 en 2003 a 501 en 2004. Según el catastro urbano de 2003, la superficie total de solares en Eivissa era de 2.195.712 m2. También en este año se cuantificó un total de superficie protegida en Eivissa de 268 habitantes.

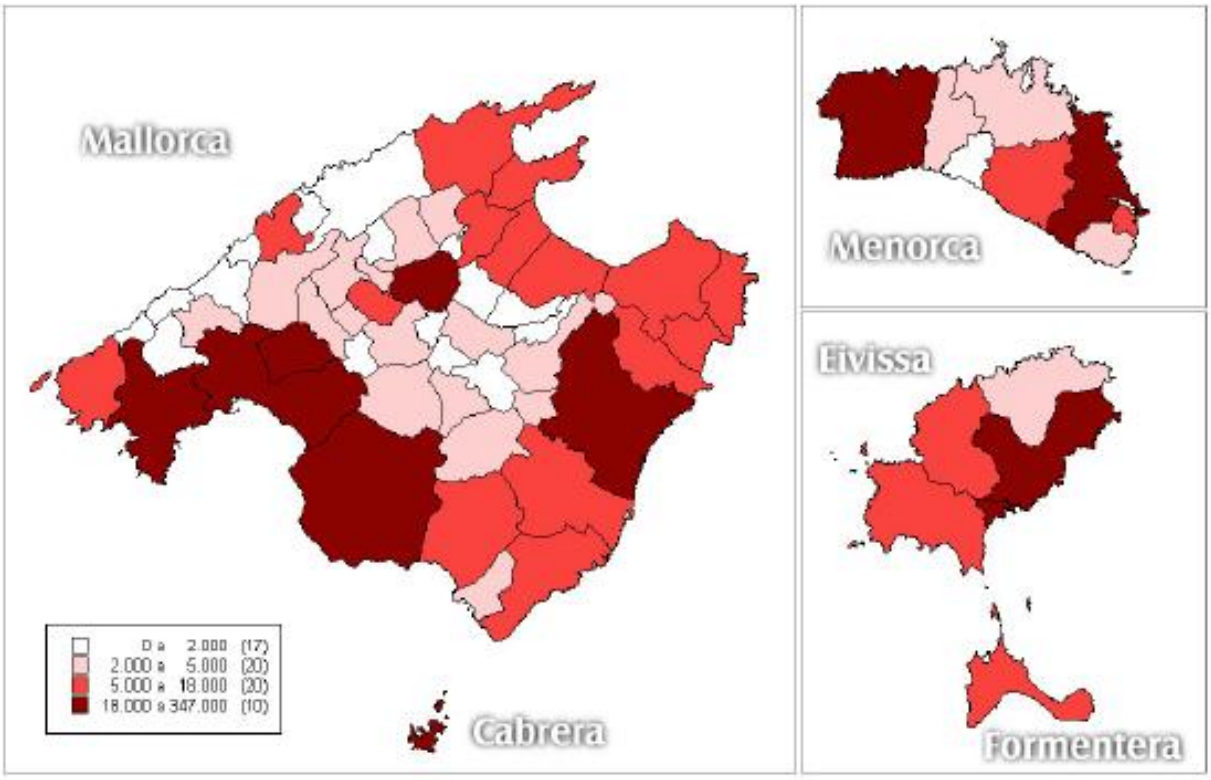
1.8. LAS DESIGUALDADES ESPACIALES EN LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA

El objetivo de este apartado es analizar las principales pautas que rigen la localización espacial de la población de la región. Para ello, se han utilizado las cifras oficiales de población que el Padrón municipal de habitantes a proporciona para a 1 de enero, de los 67 municipios que componen la región.

Veamos en el siguiente gráfico cómo queda reflejado el patente desequilibrio territorial que opera en nuestra región y la notoriedad del proceso de litoralización. Los 1428 kilómetros de costa de Baleares concentran a la mayor parte de la población de las

islas. En las zonas de interior se sitúan la mayor parte de los municipios con una población de 2000 a 5000 habitantes.

DENSIDAD DE LA POBLACIÓN EN BALEARES



Como podemos ver en el mapa, en Eivissa y Formentera no existe ningún municipio con una población inferior a 2000 habitantes. La zona oriental de Eivissa es la que presenta una mayor densidad de población y la zona norte es la menos poblada. En Formentera la densidad de población es de 5.000 a 18.000 habitantes por kilómetro cuadrado.

La desagregación de la población de Baleares por islas muestra que en Mallorca se concentra un 79,1% del total de la población balear en 2005. Eivissa ocuparía el segundo lugar, con un 11,3% y Menorca concentra al 8,8% de los habitantes de Baleares. Formentera cuenta con 7.506 habitantes, que supone un 0,76% del total.

Para evaluar el avance del proceso de periurbanización, se estudia la evolución seguida por la población de los principales núcleos urbanos de Baleares. En relación a la capital de Mallorca, la población del municipio de Palma ha sufrido un leve aumento, pues ha pasado de 368.974 habitantes, en el año 2004, a 375.773 habitantes, en el año 2005. Paralelamente, la población de otros municipios de Mallorca ha crecido. Es el caso de los municipios de Manacor, Sineu o Andratx. En cuanto a la isla de Eivissa, Eivissa ciudad ha pasado de tener 40.991 habitantes en 2003 a 42.797 en 2004, que supone un crecimiento del 4,4% de la población.

1.9. PROCESOS MIGRATORIOS

El proceso de periurbanización, que ha sido señalado en el apartado anterior, es uno de los factores que permiten explicar la entidad que poseen en la actualidad los saldos migratorios de los distintos territorios de Baleares. En la actualidad, los movimientos migratorios predominantes en todas las comunidades autónomas son aquellos que tienen lugar entre municipios de su mismo territorio, que se conocen como migraciones intrarregionales, y más aún aquellos desplazamientos que conllevan un cambio de municipio de residencia dentro de una misma provincia, esto es, las migraciones intraprovinciales. Esta creciente preferencia de la población por moverse en distancias cortas está suponiendo una discreta contribución de los saldos migratorios en el crecimiento demográfico de las regiones españolas. Por otro lado, los desplazamientos que se dirigen fuera de las propias comunidades autónomas se caracterizan por ser más diversificados que hace décadas, además de notoriamente bidireccionales.

SALDO MIGRATORIO EN BALEARES.2006

fuente: elaboración propia

Año	2004	2005	2006
Mallorca	13537	18294	22836
Menorca	2205	2115	2109
Ibiza	3992	4138	5539

El cuadro anterior muestra la evolución del total de migraciones ocurridas en Baleares en los últimos años. En la isla de Mallorca las migraciones aumentaron un 24,8% en 2006 con respecto al año anterior, sin embargo en Menorca disminuyeron los movimientos migratorios en ese año en relación a 2005. En Eivissa el aumento de las migraciones en 2006 con respecto a 2005 fue del 33,8%. Es interesante estudiar los procesos de migración interior en Baleares. A continuación vemos cómo han evolucionado las migraciones interiores en Baleares desde entre los años 2004 y 2006.

SALDO DE MIGRACIONES INTERIORES EN BALEARES.

Año	2004	2005	2006
Mallorca	-10	140	203
Menorca	-47	-111	-130
Ibiza	57	-29	-73

fuente: elaboración propia

La evolución seguida por estos desplazamientos en éstos tres años permite extraer conclusiones importantes. Una primera conclusión es que las migraciones intrarregionales en Mallorca han aumentado de manera ostensible a lo largo de este período. En el año 2004, el saldo migratorio obtiene un signo negativo debido a que predominan las salidas de Mallorca hacia otros lugares de Baleares sobre las entradas. En el año 2005, el saldo migratorio fue positivo, de 140, ascendiendo a 203 en 2006. En Menorca se mantiene durante los tres últimos años un saldo migratorio negativo que además va aumentando cada año. Esto significa que cada vez son más numerosas las salidas de Menorca que las entradas. Por otro lado, es interesante analizar los movimientos de la población extranjera en Baleares .

En 2005, del total de inmigraciones de extranjeros en las islas (36.996) ,24.161 procedían del extranjero, 5.175 de otra Comunidad Autónoma y 7.660 provenían de las mismas Islas Baleares.

En cuanto a las emigraciones, cabe destacar que en 2006 del total de emigraciones en Baleares (22.757) 19.885 personas trasladaron su residencia a otra Comunidad Autónoma siendo Andalucía la de mayor elección. En este año 2.872 personas residentes en Baleares emigraron al extranjero, lo que supone un 12,62 % del total.

Cataluña figura como la segunda Comunidad Autónoma a la que llegan más emigrantes procedentes de Baleares, el 17,49 por ciento del total, seguido de

Valencia, con un 11,58 por ciento. Los siguientes destinos en importancia son Madrid y Canarias. Esta relación de destinos para el año 2006 es similar a la correspondiente al año 2005, con unos porcentajes, además, muy similares. La razón de la elección de esos destinos es la similitud del lenguaje entre Baleares, Cataluña y Valencia. Por otro lado, la elección de Madrid como destino migratorio viene explicada, fundamentalmente, por las ventajas competitivas que ofrece la capital de España en oportunidades de formación, empleo y promoción profesional.

INMIGRACIONES HACIA BALEARES CLASIFICADAS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PROCEDENCIA

Año	2004	2005	2006
Total	20.315	20.555	23.597
Andalucía	4400	4131	4751
Cataluña	4230	4589	5132
Valencia	2356	2523	3051

Fuente: elaboración propia

Del total de inmigraciones recibidas por la región de Baleares en 2006, el 20,14 por ciento proceden de Andalucía. Cataluña es la segunda región que más población envía a Baleares, con un 21,74 por ciento sobre el total.

De acuerdo con los cuadros anteriores, se observa que existe una concordancia entre las principales regiones de destino de la emigración de Baleares y las principales regiones de procedencia de su inmigración, lo que pone de manifiesto el carácter bidireccional que presentan los flujos migratorios de nuestra región.

De las 22.757 emigraciones registradas en Baleares en el año 2006, el 53,61 por ciento fueron realizadas por hombres y el resto por mujeres. Este acusado equilibrio pone de relieve que la decisión de emigrar ya no es una decisión exclusiva del hombre, al que tradicionalmente se le ha asignado una función productiva, sino

también de la mujer, no solo porque ésta comparte con el hombre la decisión de emigrar, sino también porque su participación en el mercado laboral es cada vez más importante.

En relación a la inmigración exterior, en el cuadro siguiente se muestra la evolución seguida por las entradas a Baleares procedentes del extranjero desde el año 2003 hasta el año 2006, atendiendo al país de procedencia. En el año 2006, Baleares recibió un total de 29.644 entradas de población residente en el extranjero. De estas entradas, 2.342 correspondieron a población ubicada en Alemania, 1.658 en Reino Unido y 1.206 en Marruecos.

INMIGRACIONES PROCEDENTES DEL EXTRANJERO CON DESTINO BALEARES

Año	2004	2005	2006
Total	22766	24897	29644
Alemania	1665	2121	2342
Reino Unido	1388	1636	1658
Marruecos	1241	1292	1206

Las entradas de población procedente de un país extranjero, con Baleares como destino creció un 19,06 % en el año 2006 respecto al año 2005. De las 53241 inmigraciones en 2006 con destino Baleares, 10.239 correspondieron a individuos con edades comprendidas entre 25 y 29 años. Le siguieron en importancia las entradas realizadas por población comprendida entre los 20 y 24 años, con un 14,79 por ciento del total. El importante peso de estos grupos de edad indica que la inmigración que llega a Baleares del exterior es fundamentalmente población joven.

2. PRESTACIONES Y CENTROS SANITARIOS DE BALEARES

Baleares cuenta con un total de 22 hospitales y 3488 camas instaladas. El siguiente cuadro muestra la distribución de estos hospitales según la dependencia funcional. La mayor parte de éstos corresponden a privados no benéficos (10) y tan sólo uno corresponde a la administración local.

HOSPITALES POR DEPENDENCIA FUNCIONAL

	Hospitales	Camas instaladas
SNS	4	1491
CC.AA.	4	570
Admon. Local	1	166
Defensa	0	0
Otros Públicos	0	0
Mutuas actes. trabajo	1	40
Privado benéfico	2	182
Priv. no benéfic	10	1039

En función de la finalidad asistencial, en Baleares existen un total de 15 hospitales generales, 2 médico-quirúrgicos, 2 monográficos, 2 geriátricos y un psiquiátrico.

HOSPITALES POR FINALIDAD ASISTENCIAL

	Hospitales	Camas instaladas
General	15	2760
Quirúrgico	0	0
Médico - Quirúrgico	2	182
Materna y/o Infantil Maternal Infantil Materno-Infantil	0	0
Monográficos Oftálmico u ORL Oncológico Otros monográficos Traumatológico y/o Rehabilitación	2	135
Geriatría y/o larga estancia Rehabilitación Psico-física Geriatría y/o Larga Estancia Leprológico o Dermatológico	2	241
Psiquiátrico	1	170

En cuanto a equipos de alta tecnología, en Baleares existen 120 equipos de diálisis, 18 TAC (Tomografía Axial Computerizada), 16 mamógrafos, 10 equipos de resonancia magnética, 8 salas de hemodinámica, 6 equipos de angiografía por sustracción digital, 5 equipos de litotricia extracorpórea por ondas de choque, 3 aceleradores de partículas, 3 equipos de tomografía por emisión de fotones, 1 tomografía por emisión de positrones y 1 bomba de cobalto.

3. CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS: ÁREA DE SALUD

ENTORNO FÍSICO

Este Área de Salud está formada por la isla de Eivissa, con una extensión de 540 Km2 y la isla de Formentera, de extensión menor, alcanzando los 80 Km2 aproximadamente, y otras islas de menor tamaño y prácticamente deshabitadas (Espalmador, Es Vedra, Tagomago, Conejera, Espardell, Esparta, Ses Bledas y Margaritas).

El Área de Salud de Eivissa y Formentera da cobertura sanitaria a una población de 90.000 habitantes repartida entre las dos islas (84.000 en Eivissa y 6.000 en Formentera).

La distancia entre ambas es de 20,32 Km. por mar (11 millas náuticas), siendo la comunicación entre ambas exclusivamente marítima. El siguiente cuadro muestra la infraestructura de los hospitales de Can Misses y de Formentera.



El Área de Salud de Eivissa y Formentera está constituido por cuatro Centros de Salud:

- Centro de Salud Can Misses

- Centro de Salud Es Viver

- Centro de Salud San Antonio

- Centro de Salud Santa Eulalia

La zona de Salud de Eivissa está constituida por los centros sanitarios de Can Misses y Es Viver. En el resto de los tres municipios se encuentra un centro de salud en cada uno de ellos.

Zonas Básicas de Salud (Z.B.S.)	Centros de Salud/Consultorios	Unidades Básicas de Salud (U.B.S.)	Unidades de Apoyo
Eivissa	C.S. Can Misses	U.B.S. Jesús	Unidad de Psicoprofilaxis
		U.B.S. Puig d'en Valls	Obstétrica
		U.B.S. Sa Penya (1)	
		U.B.S. Sant Jordi	Unidad de psicoprofilaxis
	C.S. Es Viver		Obstétrica
			Unidad de Fisioterapia
			Unidad de Salud Bucodental
Formentera	C.S. Formentera		Unidad de Psicoprofilaxis
			Obstétrica

Sant Antoni	C.S. Sant Antoni	U.B.S. Sant Josep	Unidad de Psicoprofilaxis
		U.B.S. Sant Rafael	Obstétrica
		U.B.S. Sant Agustí y	Unidad de Fisioterapia
		Cala de Bou	
Santa Eulària	C.S.Sta. Eularia	U.B.S. Sant Carles	
		U.B.S. Santa Gertrudis	
		U.B.S. Sant Joan	Unidad de Psicoprofilaxis
		U.B.S. Sant Miquel	Obstétrica

Dentro del Área Sanitaria existen otros centros de interés socio-sanitaria, entre los que destacan la residencia de Cas Serres, con 150 plazas y la Residencia Reina Sofía, que depende del obispado y cuenta con una capacidad de 60 plazas.

En cuanto a la cartera de Servicios del Área de Salud, el siguiente cuadro muestra los servicios centrales, médicos y quirúrgicos disponibles.

Servicios centrales	**Servicios médicos**	**Servicios quirúrgicos**
▪ ANATOMÍA PATOLGICA ▪ ANESTESÍA ▪ MEDICINA INTENSIVA ▪ RADIODIAGNÓSTICO ▪ LABORATORIOS -Bioquímica -Inmunología -Hematología - Microbiología	▪ CARDIOLOGÍA/HEMODINÁMICA ▪ DERMATOLOGÍA ▪ DIGESTIVO ▪ ENDOCRINOLOGÍA -NUTRICIÓN ▪ HEMATOLOGÍA -HEMOTERAPÍA ▪ MEDICINA INTERNA ▪ NEUMOLOGÍA	▪ CIRUGÍA ▪ TRAUMATOLOGÍA

▪ FARMACIA ▪ URGENCIAS ▪ ADMINISTRACIÓN GENERAL ▪ DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVO	▪ NEUROLOGÍA ▪ NEFROLOGÍA ▪ ONCOLOGÍA MÉDICA ▪ PSIQUIATRÍA ▪ EHABILITACIÓN ▪ OTORRINOLARINGOLOGÍA	

RED URBANA E INFRAESTRUCTURA VIAL

El siguiente cuadro muestra la evolución de la red urbana de Baleares desde 1998 hasta 2003.

Evolución de la red urbana

	1998	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**
Total	**2.199**	**2.164**	**2.176**	**2.170**	**2.163**	**2.164**
Autovías	59	58	57	57	57	57
Doble calzada	7	11	14	16	22	25
Una calzada	2.134	2.094	2.104	2.097	2.084	2.082
Según anchura de pavimento						
< 5 metros	..	297	295	292	279	269
5 a 7 metros	..	839	848	817	850	860
> 7 metros	..	958	961	988	955	953

En cuanto a la matriculación de vehículos en el año 2005, es interesante destacar el número de turismos y motos matriculados en la isla de Eivissa. Se matricularon 5.279 turismos un 24,6 % mayor que los matriculados en Menorca. La matriculación de motos en Menorca también fue menor que la de la isla de Eivissa. Véase el siguiente cuadro:

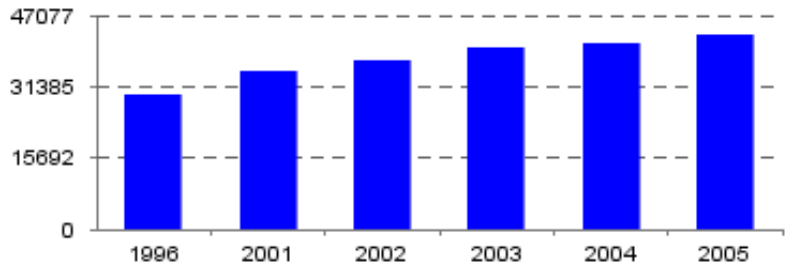
2005					
Tipo de vehículo	**Mallorca**	**Menorca**	**Ibiza**	**Formentera**	**TOTAL**
Autobuses	126	15	17	0	**158**
Servicio de salud y sanitarios	17	9	4		**30**
Motos	7.597	1.089	1.913	749	**11.348**
Tractores inc.	132	19	2		**153**
Turismos*	45.326	3.981	5.279	330	**54.916**
Vehículos de carga	6.132	816	976	114	**8.038**
Vehículos especiales	566	20	130	8	**724**
Vehículos y maq. Agrícola	465	38	28	4	**535**
Trenes	1				**1**
TOTAL	**60.362**	**5.987**	**8.349**	**1.205**	**75.903**

DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL

Es importante tener en cuenta la evolución demográfica de la población en los municipios de Eivissa y Formentera en los últimos años. El crecimiento de la población en 2005 en Eivissa con respecto al año anterior fue de un 4,4% y fue mayor el incremento de la población masculina que el de la femenina.

EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA EN EIVISSA

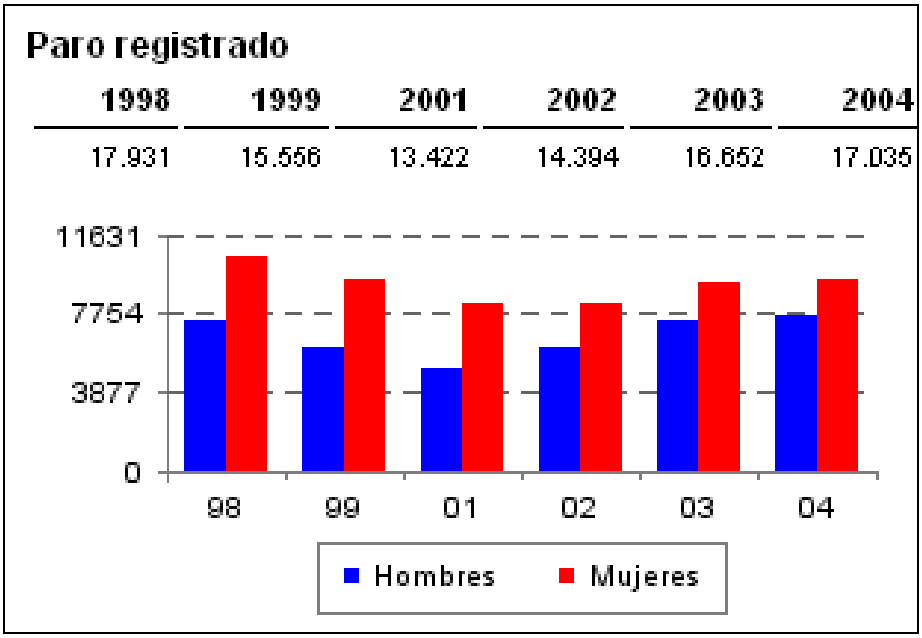
	1996	2001	2002	2003	2004	2005
Total	29.447	34.779	37.408	40.175	40.991	42.797
Hombres	14.597	17.483	18.959	20.386	20.823	21.838
Mujeres	14.850	17.296	18.449	19.789	20.168	20.959



A continuación se muestra la evolución del paro en Eivissa desde 1998 hasta el año 2004. En todos los años siempre fue superior el paro femenino que el masculino. En ambos grupos el paro disminuyó desde 1998 hasta 2001 y a partir de este año se invirtió esta tendencia para aumentar en ambos sectores hasta 2004.

Paro registrado

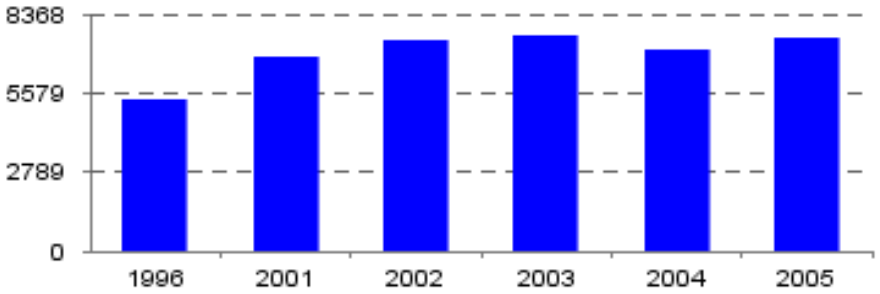
1998	1999	2001	2002	2003	2004
17.931	15.556	13.422	14.394	16.652	17.035



En cuanto al municipio de Formentera, el siguiente gráfico muestra como ha variado la población desde 1996 hasta 2005. El crecimiento en este año fue de un 5,2 % con respecto al anterior y fue mayor el crecimiento que experimentó la población femenina que la masculina.

EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA EN FORMENTERA

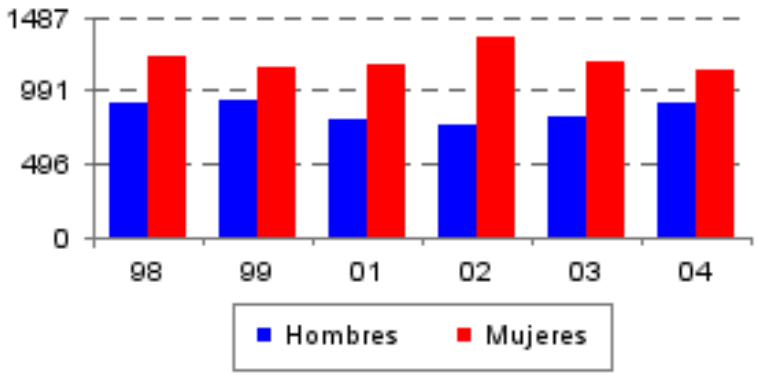
	1996	2001	2002	2003	2004	2005
Total	5.353	6.875	7.461	7.607	7.131	7.506
Hombres	2.697	3.493	3.798	3.909	3.695	3.934
Mujeres	2.656	3.382	3.663	3.698	3.436	3.572



El paro femenino en el municipio de Formentera, aun siendo siempre superior al masculino, ha experimentado una disminución desde el año 2002 hasta 2004. Por el contrario, el paro masculino aumentó en ese mismo período.

Paro registrado

1998	1999	2001	2002	2003	2004
2.153	2.082	1.955	2.110	2.010	2.045



CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

La zona de Eivissa, que alberga los municipios de Can Misses y Es Viver es la más poblada, con un total de 42.797 habitantes. El municipio de Santa Eularia es el siguiente más poblado, con 26.724 habitantes. En todas las zonas de salud la proporción de hombres con respecto a las mujeres es superior.

Zona	Mujeres	Hombres	Total
Eivissa	**20.959**	**21.838**	**42.797**
Formentera	**3.572**	**3.934**	**3.934**
Sant Antoni	**8.879**	**9.487**	**18.366**
Santa Eularia	**12.926**	**13.798**	**26.724**
Total	**46.636**	**49.057**	**91.821**

PROGRAMA FUNCIONAL

NUEVO HOSPITAL

DE EIVISSA

Capítulo 2: Modelo de Hospital

Apartados analizados:

- El Hospital de Can Misses…… ……pag 3
- Cartera de Servicios…… … ……..……pag 5
- Modelo de Hospital Proyectado……..pag 7
- Áreas funcionales……...……..pag 18

EL HOSPITAL DE CAN MISSES

El Hospital de referencia del Área se encuentra ubicado en la ciudad de Eivissa, al sur de la Isla. No obstante, nuestra área cuenta con otro hospital en Formentera.

Hospital Can Misses		Hospital de Formentera	
Infraestructura		**Infraestructura**	
Superficie:		Superficie: 3400m^2	
Camas instaladas	191	Consultas	19
Camas funcionantes	173	Consultas medicas generales	5
Quirófanos instalados	4	Consultas de enfermería	4
Quirófanos funcionantes	4	Consultas de pediatría	1
Quirófanos programados	3	Consultas de enfermería pediátrica	1
Quirófanos urgentes	1	Consultas de ginecología	1
Paritorios	2	sala de ecografías	1
P.H. Día Oncohematológico	1	Consultas comadronas	1
P. Otros H. Día	1	Consultas polivalentes	4
Consultas Médicas	29	Sala de operaciones y paritorio	1
Boxes de urgencias	7	Sala de Extracciones	1
Laboratorios	1		

Banco de Sangre	1	Laboratorio	1
Sala de radiología	1	Sala de radiología	1
Helipuerto	1	Área exclusiva para urgencias	1
Salón de actos	3		
		Helipuerto	1
		Salón de actos	1

CARTERA DE SERVICIOS

EL PROYECTO REPRESENTA UNA OPORTUNIDAD POR PARTIDA DOBLE. A LA MODERNIZACIÓN Y ADAPTACIÓN DE SU INFRAESTRUCTURA, A LOS CAMBIOS SEÑALADOS Y A LA DEMANDA CRECIENTE DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDADANÍA, SE SUMA LA POSIBILIDAD DE REPLANTEAR UN NUEVO MODELO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.

LA OFERTA DE SERVICIOS DEL NUEVO HOSPITAL DE CAN MISSES DEBE SER AMPLIADA RESPECTO DE LA ACTUAL EN FUNCIÓN DEL AUMENTO POBLACIONAL PREVISTO.

LA MAYORÍA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS ACTUALMENTE FUERA DEL CENTRO HOSPITALARIO DE CAN MISSES SE PODRÁN PRESTAR EN LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL CAN MISSES, SIGUIENDO EL CRITERIO DE ACCESIBILIDAD DE LA SANIDAD A LOS CIUDADANOS.

LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS POR PROFESIONALES SANITARIOS ADSCRITOS AL HOSPITAL O POR OTROS MEDIOS DEPENDERÁ DE CRITERIOS ESTRATÉGICOS Y DE CALIDAD, ASÍ COMO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES NECESARIOS PARA CUBRIR LAS NUEVAS ESPECIALIDADES.

Espacios a dotar para futuras ampliaciones de la cartera de servicios prestados en el nuevo Hospital de Can Misses:

- Neurocirugía.
- Hospital de día Psiquiátrico.
- Unidad de Larga estancia de adultos.
- Resonancia Magnética Nuclear.
- Radiología intervencionista
- Consejo Genético.
- Psiquiatría infanto-juvenil.
- Urodinámica.
- Cuidados paliativos.
- Cirugía Vascular.
- Radioterapia.
- Cirugía maxilofacial.
- Hemodinámica diagnóstica y terapéutica.

Potenciación de la cartera de Servicios:

- Obstetricia: diagnóstico prenatal y alto riesgo.
- Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Unidad del Dolor.
- Hospitalización Psiquiátrica de agudos.
- Hospitalización Domiciliaria.
- Ampliación de la zona de consultas y gabinetes.
- Docencia de pre y pos grado e investigación.
- Quirófano inteligente.
- Telemedicina. (Teleoftalmología y Teleradiología).

MODELO DE HOSPITAL PROYECTADO.

La definición del modelo asistencial resulta imprescindible para la redacción del proyecto arquitectónico.

Por **Modelo de Hospital** se entiende las características principales que van a definir la organización de la asistencia sanitaria, la docencia y la investigación que prestará el futuro hospital, así como el papel de la organización de los servicios generales y las instalaciones del mismo. El modelo se define en relación con los cambios que se están produciendo y se prevé que se van a producir desde el punto de vista del paciente y usuario, en los profesionales y en las tecnologías.

Se ha realizado una evaluación actual y futura de las siguientes **variables**:

- Tendencias sociodemográficas, incluyendo los cambios culturales y en las expectativas de la población.
- El Sistema Sanitario actual y sus políticas.
- La organización de la asistencia sanitaria y modalidades asistenciales.
- Las tecnologías biomédicas.
- Las tecnologías generales de telecomunicación logística.
- La organización y cultura del actual hospital
- Los cambios en las instalaciones, servicios y sistemas generales, tanto técnicos como organizativos y de gestión.

Partimos de **tres visiones de Modelo de Hospital** orientadas al paciente, al profesional, así como a los avances tecnológicos, que pasamos a desarrollar:

A. Visión del Modelo de Hospital con respecto al paciente:

El nuevo Hospital de Can Misses se conformará orientado hacia el paciente desde el punto de vista de la organización y gestión. De manera que las tendencias cambiantes con respecto a los pacientes se vean reflejados en el modelo de hospital.

Algunas de las nuevas tendencias de los pacientes y sus patologías son:

- Cambios en las expectativas sanitarias de la población (libertad de elección de profesional sanitario, accesibilidad, privacidad, confort, calidad de vida …)
- Enfermeros cada vez más complejos, teniendo en cuenta además el envejecimiento de la población (pluripatologías)

Entre las líneas de actuación ante esta nueva visión de los pacientes se encuentran:

- Modelo de servicio frente al paternalista
- Habitaciones individuales
- Cadena de accesibilidad
- Cartera de Servicios
- Equipos de enlace
- Continuidad Asistencial
- Alta Resolución
- Atención por telemedicina
- Tratamiento dolor y Cuidados Paliativos

- Camas intensivas
- Especialización / Profesionales generalistas
- Coordinación Servicios Sanitarios y Sociales
- Unidad de Convalecencia

B. Visión del Modelo de Hospital con respecto al profesional:

Respecto a la visión de Modelo de Hospital enfocado al profesional, el nuevo Hospital de Can Misses tendrá en cuenta los cambios en el ejercicio clínico de sus profesionales, de modo que se orientará hacia la eficiencia.

Algunos de los cambios en el ejercicio clínico son:

- Desarrollo Asistencia Ambulatoria
- Atención por procesos
- Gestión Clínica
- Desarrollo Biotecnología, Ingeniería Genética, Terapia Celular, Nanotecnología

Entre las actuaciones para alcanzar la eficiencia y dar respuesta a estos cambios se encuentran:

- CMA
- Hospitales de Día
- Unidades Clínicas
- Protocolos con Atención Primaria
- Consulta Acto Único
- Tratamientos individualizados.
- Equipos Pluridisciplinares (patólogo, genetista, cirujano, oncólogo...)

C. Visión del Modelo de Hospital con respecto a las nuevas tecnologías:

El Modelo del nuevo Hospital de Can Misses facilitará la incorporación de los avances de la tecnología tanto en la gestión y planificación actividad sanitaria, como en el diagnóstico e intervenciones a los pacientes.

La tendencia en la introducción de nuevas tecnologías es la puesta en práctica de entre otros:

- Hospital en Red. Telehospital.
- Historia Clínica Electrónica.
- Digitalización, archivo y comunicación de imágenes en red.
- Robotización y automatización laboratorios.
- Soporte asistencia domiciliaria con telemedicina.

- Videoconferencia.
- Transportes automatizados

En **resumen la visión global del Modelo de nuevo Hospital** Can Misses es la siguiente:

- Centrado en el paciente
- Continuidad en la asistencia. Consultas de Alta Resolución
- Adaptado a la mayor complejidad de los enfermos ingresados y a la pluripatología
- Accesibilidad a los servicios de referencia
- Confortable y amigable. Asistencia personalizada
- Docente y de investigación
- En red y tecnológico
- Eficiente y resolutivo
- Respetuoso con el Medio Ambiente

D. Visión del Modelo de Hospital con respecto a la organización espacial:

Se centrará en los principios de confort y funcionalidad:

- **Como respuesta a funciones y emociones la visión del nuevo Hospital Can Misses se centra en:**

  - Espacios iluminados, con vistas al exterior, sin ruidos, confortables, dignos, que permitan la privacidad, ayudan a alojar dignamente las emociones, a reducir las tensiones y minimizar los riesgos y los errores.

- **Como el edificio civil más complejo se tendrán en cuenta criterios como:**
  - Relación coste inversión / funcionamiento
  - Tiempos de producción del espacio hospital.
  - Importancia de las instalaciones.
  - Equipamiento primario de la ciudad y territorio.
  - Como motor de economía.
  - Complejidad de normativa técnica.
  - Incertidumbres en los cambios asistenciales.

Detallamos como **conceptos clave** en la definición del Modelo del nuevo Hospital Can Misses:

- **Áreas funcionales:** se crean áreas definidas desde la óptica de sus usuarios finales, del trabajo desarrollado en las mismas, es decir, áreas funcionalmente autónomas.

- **Relación entre áreas:** las distintas áreas creadas son funcionalmente autónomas, no así independientes, existiendo una interrelación funcional entre

ellas. Un ejemplo, puede ser la relación funcional existente entre el área de urgencias y el área de diagnóstico por imagen.

- **Circulaciones:** limitadas a su grupo de usuarios y evitando cruces disfuncionales.

Como punto de partida del proyecto se han fijado dos **ejes fundamentales**:

- La recuperación en el centro hospitalario de las relaciones funcionales existentes en las diferentes áreas y entre las mismas y,

- La recuperación en el centro hospitalario de las diferentes circulaciones, deterioradas en parte por ese crecimiento interno desordenado motivado por el aumento de actividad y la falta de espacio.

EL PROYECTO DEL NUEVO HOSPITAL DE CAN MISSES HA DE SER DE VANGUARDIA, RELACIÓN CON LOS **OBJETIVOS** DEFINIDOS A CONTINUACIÓN:

- Orientado los servicios hacia los usuarios, y hacia la calidad total y la excelencia.

- Alta especialización en relación con las especialidades de referencia, la tecnología clínica y la dotación de unidades especiales.

- Ser un Hospital cooperativo y complementario dentro de la red sanitaria y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma Balear.

- Ser un Hospital competitivo con los de su entorno, español y europeo, en todas sus facetas: científicas, técnicas, en su organización asistencial, en su labor docente y en el campo de la investigación.

- Tener como funciones principales la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Cumplir las funciones de docencia (pregrado y postgrado), participando en la formación de los profesionales sanitarios en medicina y enfermería, formación de otros especialistas, programas MIR, y formación continuada de sus profesionales, elemento clave en la motivación y satisfacción de los profesionales.

- Ser un hospital seguro para los usuarios, profesionales del mismo y para su entorno. Así mismo, deberá ser amigable y confortable.

- Debe ser sostenible a largo plazo, esto es, viable funcional, técnica y económicamente.

E. Visión del Modelo de Hospital Asistencial:

EL **MODELO ASISTENCIAL** DEL NUEVO HOSPITAL CAN MISSES SE CONSOLIDA SOBRE LA BASE DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN:

- Integrarse en la red de servicios sanitarios y sociales, así como funcionar coordinadamente con los mismos.

- El área ambulatoria y las consultas de alta resolución tendrán un extenso desarrollo, primando las modalidades asistenciales, que con la mayor eficacia terapéutica, logren el menor transtorno para el paciente y sus familiares. Se incluyen la teleconsulta y telemedicina, por lo que se apuesta por la disminución del impacto del “factor cama”.

- El Servicio de urgencias será altamente resolutivo, de manera que el funcionamiento sea muy autónomo con el fin de no alterar y distorsionar la actividad programada del hospital.

- Se potenciarán las unidades especiales de hospitalización, con un incremento importante de la atención de pacientes críticos.

- Los bloques quirúrgicos estarán diferenciados en función del tipo y modalidad quirúrgica, con un máximo desarrollo para la actividad de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

- Los servicios centrales de diagnóstico y tratamiento se acercarán a las diferentes áreas asistenciales del hospital así como a los centros de atención primaria, primando la accesibilidad del paciente a los mismos.

- El Hospital se constituirá en red, tanto intrahospitalariamente como con el resto de los servicios sanitarios baleares, para facilitar la atención del paciente con el menor desplazamiento posible de este.

F. Visión del Modelo de Hospital Organizativo:

El **Modelo organizativo** del nuevo Hospital deberá ser flexible para permitir la introducción a lo largo de los años de nuevos modelos de organización y de gestión (en la actualidad unidades clínicas, atención por procesos).

La nueva estructura se basará en la descentralización interna y el trabajo por procesos.

Los servicios asistenciales se organizarán sobre el criterio de gestión clínica. En este sentido se dará la máxima autonomía a los clínicos en la gestión de los servicios y recursos, que se formalizará mediante el establecimiento de contratos de gestión con la dirección del centro.

Esta orientación acarrea, en muchos casos, una organización basada en la multidisciplinariedad, en la que es posible la creación de áreas de atención que superan el concepto de servicio basado en las especialidades médicas clásicas.

La concepción del proceso como unidad de producto del servicio implica la coordinación, o en su caso integración, de unidades y servicios dentro del hospital y también de este con estructuras externas, tales como atención primaria, los servicios sociales, de tal forma que se garantice la continuidad de la asistencia y haga posible, en la práctica, la idea de hospital orientado al paciente.

G. Visión del Modelo de Hospital de Tecnología:

El **Modelo de tecnología** de las comunicaciones del nuevo Hospital Can Misses supone un componente de transmisión del proyecto, para la modernización de los servicios sanitarios prestados al ciudadano, manteniendo un enfoque continuo en la mejora de la calidad dando la mejor respuesta posible a las necesidades y demandas actuales y de futuro.

Se tratará de hacer el mejor uso posible de las capacidades de las nuevas tecnologías con el fin de prestar al ciudadano una atención sanitaria integral y de calidad.

Entre los criterios generales del modelo de tecnología se encuentran:

- Foco en el paciente
- Sistemas integrados
- Información ligada al proceso asistencial
- Soporte a la mejora de equidad de acceso, continuidad y calidad de servicios
- Garantía de seguridad y confidencialidad
- Información compartida a través de los recursos asistenciales
- Sistemas que faciliten también la protección de la salud
- Asegurar el valor del gasto.

Se concibe al nuevo Hospital Can Misses como un centro basado en el conocimiento, lo que significa fundamentalmente potenciar la comunicación dotándolo de una infraestructura digital accesible, segura y con buena capacidad de transmisión. En el diseño de las infraestructuras se considerará la incorporación de las nuevas tecnologías de comunicaciones.

Entre los **elementos de modernización** que se tienden a adoptar a medio y largo plazo en el sistema sanitario:

- Hacer descansar el trabajo de los profesionales sobre sistemas digitales, incluyendo sistemas portátiles y de uso personal (cambio de cultura de papel).
- Uso extendido de Historia clínica electrónica.
- Desarrollo de herramientas de soporte para la aplicación de la medicina basada en la evidencia.
- Digitalización, archivo y comunicación de imágenes en red.
- Robotización y automatización de laboratorios centrales, en coexistencia con sistemas de uso periférico y personal, con conexión normalizada para intercambio de datos y telecontrol.
- Instalaciones quirúrgicas para cirugía mínimamente invasiva que incorpore soportes de imágenes avanzados y de robótica.
- Sistemas de monitorización avanzada en las UCI, en cabecera de camas de paciente y con conexión de portables personales con comunicaciones de telemetría.
- Sistemas de teleconsulta entre atención primaria y especializada.
- Soporte de asistencia dominciliaria con telemedicina.
- Servicios para ciudadanos sobre Internet.
- Instalaciones de videoconferencia personal y en grupo. Sistemas de teleformación y de realidad virtual y simulación para formación.
- Implantación de redes inalámbricas para facilitar la movilidad de profesionales y pacientes.

AREAS FUNCIONALES



1. SERVICIOS AMBULATORIOS

El objetivo que se plantea en los Servicios Ambulatorios es la creación de una importante área ambulatoria, formada por las áreas de urgencias, gabinetes, diagnóstico por imagen, hospital de día y rehabilitación, además de zonas complementarias como atención al cliente, biblioteca del paciente y otras.

- **Urgencias:** Se proponen 18 boxes y 21 puestos de observación.
- **Hospital de día:** Se propone un importante salto cuantitativo y cualitativo, con la definición de 52 puestos para los Hospitales de día (médico quirúrgico, oncológico) y tres salas de terapia en hospital de día de psiquiatria.
- **Gabinetes Centrales:** Nueva área con 22 Gabinetes Centrales.
- **Consultas externas y Salas de exploración especiales:** Nueva área funcional autónoma con 58 consultas, con camilla y equipamiento de exploración independiente por consulta y 26 salas de exploraciones especiales.
- **Gimnasio** para rehabilitación.

El Modelo de Hospital en lo que respecta al Área Ambulatoria supone un cambio profundo de concepción. Las consultas externas serán de alta resolución, lo que supone un cambio drástico en la relación entre las consultas sucesivas y las primeras consultas.

El área ambulatoria del futuro hospital, organizada por especialidades afines, incorporará hospitales de día, centros de tratamiento y diagnóstico, con tecnologías distribuidas, extraídas de los servicios centrales de tratamiento y diagnóstico, con tecnologías distribuidas, extraídas de los servicios centrales de tratamiento y diagnóstico, en función del carácter ambulatorio y de la masa crítica que trate.

Las consultas externas no constituirán, por tanto un elemento aislado, separado del resto de las áreas hospitalarias, si que constituirán la zona en la que se diagnostiquen y traten a la mayoría de los pacientes que requieran atención especializada.

Se desarrollarán nuevas modalidades asistenciales tendentes a la ambulatorización de los procesos, en especial la cirugía mayor ambulatoria, que implicará no sólo la dotación de nuevos recursos sino cambios en el ejercicio profesional para los trabajadores sanitarios en cuanto a su forma de atender a los pacientes, así como una mayor coordinación con los recursos extrahospitalarios. La atención ambulatoria y la alta resolución serán el eje principal.

El área ambulatoria del nuevo hospital comprende:

- La asistencia en las consultas externas.
- La asistencia en los gabinetes de exploraciones especiales.
- La asistencia en los hospitales de día.
- La cirugía menor ambulatoria (salas de curas equipadas).
- La cirugía mayor ambulatoria (en bloques quirúrgicos específicos).
- Las pruebas de diagnóstico.
- La hospitalización a domicilio en coordinación con la atención primaria.
- La teleasistencia, la teleconsulta, el telehospital.

La organización funcional y física del área ambulatoria viene determinada por:

- El grado de integración de las modalidades asistenciales para cada servicio.
- La atención multidisciplinar de los diferentes procesos.

Se considera en la propuesta del programa de superficies las siguientes variables:

- Las ventajas que la agrupación funcional tiene para los usuarios.
- Las ventajas que dichas agrupaciones tienen para la asistencia clínica en términos de calidad, seguridad y eficiencia, de los diferentes procesos.
- La eficiencia de las distintas alternativas.

El área ambulatoria integrará los diferentes recursos de consultas externas, gabinetes de exploraciones especiales, zonas de diagnóstico incorporadas y hospitales de día médicos y quirúrgicos, formando agrupaciones en función de las patologías de los pacientes, bien en áreas unidisciplinares o multidisciplinares, de manera que la atención se programe y diseñe en relación con el paciente.

2. HOSPITALIZACIÓN

Se crea el área de hospitalización como área funcional autónoma conformada por las siguientes unidades:

- **Hospitalización convencional:** formada por 150 habitaciones, distribuidas en 6 Unidades de Hospitalización. Cada Unidad contará con 12 de ellas de uso individual y con 12 habitaciones dobles y una de aislados.
- **Hospitalización Materno Infantil:** Pediatría dispondrá de 7 habitaciones de uso individual (con posibilidad de uso doble) y Obstetricia con 20 habitaciones (con posibilidad de uso doble). Dispondrá éste área de una Sala de Cunas con 4 cunas y área de UCI neonatal con 8 incubadoras y 1 aislado.
- **Hospitalización psiquiátrica**: dotada de 21 habitaciones individuales y espacios complementarios.

- **UCI:** Unidad de cuidados intensivos formada por 14 unidades y una destinada a procedimientos especiales.

El Modelo de Hospital en lo que respecta a la Hospitalización se centra en la atención de pacientes ingresados de manera agrupada en dos espacios diferentes, en función de las características específicas de los pacientes que reciben cuidados de enfermería.

En un **primer nivel** se localizan las siguientes unidades de hospitalización, en módulos de hospitalización de características estructurales similares:

- Polivalentes (médico-quirúrgicas), constituyen la mayor parte de los recursos de hospitalización.
- Tocoginecología.
- Pediatría.
- Salud mental de adultos.
- Salud mental juvenil.

En un **segundo nivel** se encuentran las unidades de cuidados especiales más relacionadas con los recursos de tratamiento y diagnóstico del hospital. Entre estas unidades se encuentran:

- La UCI general, explantes y trasplantes
- La UCI neonatológica y la unidad de neonatología ligadas a la hospitalización de obstetricia y de pediatría.
- Las unidades de cuidados intermedios. La unidad de cuidados intermedios de cardiología, por sus características específicas, se plantea integrada con la unidad polivalente destinada a cardiología.

3. SERVICIOS CENTRALES

a) Área quirúrgica

El área quirúrgica es funcionalmente autónoma, sigue el recorrido natural del usuario (paciente), es decir:

- **Bloque quirúrgico** compuesto por 8 quirófanos con la siguiente distribución:
  - **Programados General**: 5. 1 con Dotación de Quirófano Inteligente y Telemedicina
  - **Programados CMA**: 2
  - **Urgente**: 1
- **REA:** 12 puestos

La organización de la atención quirúrgica con un modelo de agrupación descentralizado y relacionado con las características de los distintos pacientes a los que sirven, y por tanto, con un nivel de relaciones específicas con los distintos recursos asociados tanto de hospitalización como de hospitales de día.

Se programan los siguientes bloques quirúrgicos:

- General, que incluye las superespecialidades y se encuentra asociado a la reanimación.
- Tocoginecología y pediatría.
- Urgencias.
- Cirugía mayor ambulatoria.
- Cirugía mayor ambulatoria oftalmológica.

b) Diagnóstico por la imagen:

Se incluye la resonancia magnética.

- Telemedicina
- Radiología intervencionista

El Modelo del nuevo Hospital Can Misses respecto a los servicios de diagnóstico tiene en cuenta los siguientes criterios de programación y diseño:

- **Radiodiagnóstico:**

  - Descentralización de equipos hacia urgencias y sobre todo hacia el área ambulatoria, en consultas externas, de manera que se facilite la atención al paciente en el día. Se tiene en cuenta igualmente la posible instalación de equipos de radiología en los centros de saludos, conectados con el servicio del hospital.

  - Agrupación de las unidades de forma mixta, esto es, por órganos por tipo de equipos y por procedencia de áreas de los pacientes.

  - Radiología intervencionista.

  - Imagen digitalizada distribuida en red.

  - Posibilidad de ampliación, no sólo en el área central del servicio sino en el área ambulatoria.

- **Medicina Nuclear:**

  - Habitaciones para pacientes adaptadas en unidades de enfermería polivalentes junto con las de radioterapia.

  - Desarrollo de técnicas (PET, gammacámaras, SPECT…)

c) Laboratorios:

Se propone la ampliación y centralización de superficies, con un core-lab que centralice ciertas pruebas diagnósticas en especialidades.

El Modelo del nuevo Hospital Can Misses respecto a los servicios de Laboratorio presenta las siguientes líneas:

- Se plantea la unificación de la fase preanalítica y postanalítica, empleando un sistema de información único.
- Descentralización de las extracciones.
- Identificación única de pacientes y episodios, petición remota e informe online en tiempo real a los puntos de los diferentes especialistas del hospital o de los centros de salud.
- Se unifican las determinaciones de rutina de bioquímica y hematología, lo cual puede suponer más de un 85% de las determinaciones de todos los laboratorios.

d) Farmacia:

Se propone la ampliación de superficies e introducir el criterio de tomar en cuenta la prestación de servicio a unidades descentralizadas.

El Modelo del nuevo Hospital Can Misses respecto a los servicios de Farmacia presenta las siguientes líneas:

- La característica principal de la organización del servicio es la de buscar la unión entre el medicamento, el sistema sanitario y el paciente, para lo que se plantea la presencia del farmacéutico, con la consiguiente dotación de recursos físicos, en zonas ambulatorias (consultas, hospitales de día, urgencias), servicios de tratamiento y hospitalización que lo requieran.
- Prestación de servicios única y coordinada (atención especializada y atención primaria).

4. UNIDADES DE SOPORTE ASISTENCIAL

Unidades auxiliares al servicio asistencial:

- Área de atención al paciente
- Unidad de admisión y documentación clínica

- Medicina preventiva, calidad y gestión de riesgos clínicos
- Unidad de medicina del trabajo

Creación de zona destinada a **docencia e investigación**, que incluye:

- Área de docencia: zona de trabajo y aulas de formación.
- Área de investigación
- Biblioteca
- Salón de actos

5. ÁREA DE DIRECCIÓN

Se crea un área funcional autónoma como pabellón de gobierno del centro hospitalario que aglutine el trabajo de dirección y gestión del centro. Debe permitir centralizar el trabajo administrativo del hospital y esta formado por las siguientes unidades:

- Área de dirección
- Área de administración
- Área de ingeniería y mantenimiento
- Área técnicos

6. ÁREA DE SOPORTE LOGÍSTICO

Se trata fundamentalmente de servicios con un componente logístico muy importante y unas necesidades de espacio y crecimiento cuantiosas.

Dada su actividad auxiliar a los servicios asistenciales, sus necesidades espaciales y su gran volumen de circulaciones (exteriores e interiores), es recomendable su localización fuera de las dependencias nucleares del hospital.

- Almacén
- Esterilización
- Cocina

7. ÁREA DE SOPORTE DEL PERSONAL

Áreas de circulación de personal interno.

- Residencia de médicos: zona de descanso del personal, comunicada verticalmente con bloque quirúrgico y urgencias.
- Zona de vestuarios

Zona de trabajo interno, de ambiente administrativo con circulación de personal propio:

- Organizaciones sindicales
- Centro de mandos intermedios: zona de despachos y zonas comunes de trabajo.
- Servicios religiosos

8. ÁREA DE SERVICIOS GENERALES

Todos ellos en zona independiente dotada de muelle de carga y descarga y ausente de otras circulaciones.

- Servicio de limpieza: zona del personal del servicio y almacén de útiles de limpieza.
- Servicio de lencería: almacén de uniformes. En otra estancia adyacente se ubican las instalaciones de recogida de ropa sucia mediante tubo neumático.
- Servicio de gestión de residuos: instalaciones para su correcta gestión.
- Servicio de mantenimiento de electromedicina: taller con suficiente espacio.
- Guardería.

9. ÁREA DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS

- Cafetería pública
- Hall y zona comercial
- Salas de lectura.
- Cafetería personal.
- Aparcamientos: debido a la localización en la que se encuadra el hospital y el incremento de la actividad, la frecuentación hospitalaria se verá incrementada lo que hace necesaria una ampliación de las plazas disponibles.

10. RESERVA DE ESPACIOS PARA DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Unidades para las que se propondrán espacios en reserva:

Hospital de día terapéutico y rehabilitador. Unidad de hospitalización de día con capacidad para 20 pacientes

Unidad de larga estancia. Unidad de hospitalización con capacidad para 24 camas

Unidad de media estancia, convalecencia y rehabilitación. Unidad de hospitalización con capacidad para 25 camas

Unidad de cuidados paliativos residenciales, con capacidad para 12 camas en habitaciones individuales

Espacio de uso administrativo para la ubicación del equipo de valoración y soporte sociosanitario. Espacio para 2 personas

Espacios comunes: office, almacenes de farmacia y fungible en las unidades de hospitalización, así como el resto de espacios necesarios en una unidad de hospitalización

PROGRAMA FUNCIONAL

NUEVO HOSPITAL

DE EIVISSA

Capítulo 3: Diseño funcional

Parte I

Áreas analizadas:

- **Servicios Ambulatorios**.....**pag 3**
- **Hospitalización**.....**pag 26**
- **Área de Servicios Centrales**.....**pag 40**
- **Unidades de Soporte Asistencial**.....**pag 54**

SERVICIOS AMBULATORIOS

En lo que respecta a los Servicios Ambulatorios, como ya se ha mencionado anteriormente, la evolución prevista del entorno es la siguiente:

- El núcleo operativo de los hospitales está desplazándose desde la internación de los pacientes a la resolución de sus procesos patológicos de forma ambulatoria. Esta última modalidad de atención tiene una gran tendencia al crecimiento, tanto en volumen, como en tecnología (exploraciones especiales) e intensidad (hospitalización de día, cirugía mayor ambulatoria). Por el contrario, la hospitalización tiende a una disminución del tiempo de permanencia del paciente en el hospital como consecuencia de la mejora de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas y el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional.

- La flexibilidad y versatilidad deben primar en el diseño de los espacios dedicados a la atención ambulatoria, por dos razones:

  - La propensión a la expansión de este tipo de cuidados como consecuencia del incremento exponencial de la actividad desarrollada en esta área.

  - El desarrollo tecnológico y la innovación que producen nuevos equipos de diagnóstico y tratamiento dotados de gran sencillez y susceptibles de ser utilizados ambulatoriamente.

- Los locales deben ser polivalentes en cuanto a su capacidad de ser utilizados por especialidades con técnicas y requerimientos afines. Se deben compartir al máximo los espacios dedicados a apoyos, tales como salas de espera, locales de citación y trabajo administrativo (pool de secretarías) salas de curas, salas de trabajo médico y de enfermería, zonas de limpio y sucio.

- La organización y funcionamiento de la atención ambulatoria debe tener en consideración la integración por áreas funcionales para facilitar la agrupación de los distintos elementos asistenciales que intervienen en la atención a un determinado tipo de patología (por ejemplo una línea de producto sería la

oncológica que unificará aquellas unidades que atienden enfermos con patología tumoral: oncología médica, cuidados paliativos, hospitalización domiciliaria y unidad del dolor). Esta concepción espacial permitirá, desde el punto de vista funcional, la gestión clínica y las denominadas “consultas de alta resolución”, propio del modo de atención del Hospital Eivissa, pionero en la realización de las mismas. Desde el punto de vista de los circuitos, los pacientes realizarán menos desplazamientos y las circulaciones serán más ordenadas y fluidas.

- El área ambulatoria debe ser muy accesible desde el exterior. Es preciso eliminar barreras arquitectónicas, conseguir circuitos asistenciales diferenciados de otros accesos (aprovisionamientos, urgencias...) y reducir los desplazamientos innecesarios de pacientes y profesionales por el recinto.

- El previsible aumento de volumen de la atención ambulatoria hace pensar que los profesionales realizarán la mayor parte de su actividad en esta área.

- La atención centrada en el paciente obliga a espacios altamente acogedores, confortables y bien señalizados.

- A las tendencias del entono se suma claramente el plan estratégico del Hospital de Eivissa que apuesta de forma rotunda por la atención ambulatoria. La inclusión de nuevas prestaciones en su cartera de servicios y la potenciación de otras existentes están íntimamente relacionadas con una mayor necesidad de espacio en el área ambulatoria. Entre otras, destacan las siguientes:

    - La provisión de asistencia en especialidades como oncología médica y psiquiatría de agudos que requieren hospitales de día.

    - La prestación de cuidados paliativos, hospitalización domiciliaria y unidad del dolor que precisan de locales para consultas y zonas de apoyo y soporte a familiares y pacientes

    - La ampliación de determinadas técnicas diagnósticas y terapéuticas como la ecoendoscopia que determina incrementos de superficie en los gabinetes de exploraciones.

- La reducción de las demoras tanto en procedimientos diagnósticos como terapéuticos que exigen un reforzamiento del hospital de día quirúrgico y del hospital de día médico para eliminar los “cuellos de botella” que supone la falta de puestos de atención en estas unidades.

Como **criterios generales de organización** del área Ambulatoria tenemos:

- Consultas Polivalentes, agrupadas por módulos con afinidad clínica.
- Gabinetes de Pruebas especiales en módulos.
- Área de consultas cercana a otras áreas técnicas de resolución alta (Hospital día Médico, Radiodiagnóstico…).
- Áreas Administrativas de los Servicios en esta zona (potenciar la actividad y la presencia en las áreas ambulatorias).

Áreas:

Dentro de la atención ambulatoria se incluyen las siguientes **áreas**:

- Consultas externas
- Gabinetes Centrales y exploraciones especiales
- Hospital de día
- Urgencias

AREA DE CONSULTAS EXTERNAS

Función

La función de esta unidad es cubrir las necesidades a pacientes que requieren atención especializada ambulatoria programada y que precisan la realización de estudios diagnósticos e indicación e instauración de actitudes terapéuticas que no requieren hospitalización inmediata.

Ubicación

Es una de las zonas hospitalarias que tiene mayor relación con el exterior.

La accesibilidad desde fuera del recinto debe estar garantizada y con entrada independiente desde el vestíbulo general. Esta área no debe involucrarse en las circulaciones de acceso a otras unidades.

Distribución de los espacios

Para la ubicación espacial de las distintas especialidades, además de la integración funcional, se emplearán los siguientes criterios:

- La conveniencia de evitar al máximo los desplazamientos de personas que presentan dificultades para el acceso y la ambulación, tales como pacientes de traumatología y ortopedia, de oftalmología y neurología.

- La necesidad que tienen ciertas especialidades de disponer de determinados espacios para curas (especialidades quirúrgicas) o exploraciones especiales (Oftalmología y ORL), constituyendo una unidad funcional con circulaciones interiores. En este sentido, el área de consultas externas situadas en el nuevo hospital incluirá las técnicas diagnósticas y terapéuticas (exploraciones funcionales) de algunas especialidades como otorrinolaringología, oftalmología, ginecología y obstetricia, endocrinología y reumatología.

- Por el contrario, hay que tener en cuenta la necesidad de ubicar las consultas y gabinetes de determinadas especialidades, próximos al hospital de día médico, por requerir vigilancia y cuidados especiales. Entre ellas se sitúan todas aquellas que realizan escopia (digestivo, urología, neumología), cardiología y neurología. En ellas, también hay que considerar, que muchos de sus pacientes proceden de hospitalización y deben estar próximas a esta área.

- La posibilidad de ubicar determinadas consultas lo más próximamente a las áreas de hospitalización, hospital de día o especialidad correspondientes: Psiquiatría, Rehabilitación, Oncología.

Procedencia de los pacientes

La procedencia de los pacientes que acuden a esta área mediante cita programada puede ser la siguiente:

- Remitidos desde atención primaria
- Interconsultas de los propios especialistas
- Relaciones funcionales

A su vez los pacientes pueden ser enviados desde la consulta externa a:

- Radiodiagnóstico
- Gabinetes de exploraciones funcionales
- Hospital de día
- Laboratorios (sobre todo para extracción y toma de muestra)
- Unidad de citaciones de gestión de pacientes (en caso de informatización de las consultas la situación variará)

Cálculo de necesidades

Para el cálculo del número de locales destinados a la realización de las consultas externas y de los gabinetes de exploraciones se han considerado los siguientes datos y criterios funcionales:

- Las necesidades expresadas por la dirección del hospital y por los distintos servicios en las entrevistas y reuniones mantenidas.
- Los criterios de ordenación de los recursos recogidos en la bibliografía nacional e internacional
- La actividad asistencial, medida en número de consultas primeras y sucesivas, realizadas por cada especialidad en el bienio 2004-2006. No se han podido diferenciar las exploraciones y pruebas funcionales.

- El posible incremento derivado de la evolución natural de la demanda para los próximos años hasta el 2015, tomando como referencia la información existente en los últimos años sobre Tarjetas Sanitarias Informatizadas, tanto en Baleares como en Eivissa. Este incremento se verá acentuado como consecuencia de la inclusión de nuevas prestaciones en su cartera de servicios, la potenciación de otras existentes y la dotación del hospital con nuevas tecnologías.
- Se han discriminado los tiempos medios de primeras consultas y sucesivas, de acuerdo a las distintas especializadas, utilizando dichos datos para calcular el tiempo total requerido para llevar a cabo la actividad anual media. Las técnicas diagnósticas y terapéuticas de las especialidades que no requieren vigilancia se han calculado con un tiempo medio de 30 minutos.

- El número de locales se ha calculado para una jornada anual de 245 días laborables, con 8 horas de funcionamiento y un rendimiento del **70%**.

Para la estimación de la demanda de consultas se ha empleado una hipótesis de crecimiento de la frecuentación de media entre un 80% y un 50%, ya que a medio y largo plazo se pretende impulsar el área ambulatoria. Pasa la frecuentación de 907,93 consultas totales actuales, a 1.458,21 consultas primeras y sucesivas en el escenario definido para el 2015. Se tiende a aproximar la frecuentación en Hospitalización a la frecuentación media nacional. Se parte para esta estimación de un escenario de 180.000 Tarjetas Sanitarias Informatizadas en el 2015.

Hospital de Can Misses	Frec.Total Consultas Can Misses 2005	HIPÓTESIS 2015 Hip Frec. 1ª Consul Can Misses	HIPÓTESIS 2015 Hip Frec. Consul Suces Can Misses	HIPÓTESIS 2015 Hip. Frec. Consultas totales Can Misses
Cardiología	34,88	22,13	33,88	56,00
Dermatología	83,04	76,04	61,19	137,24
Digestivo	38,79	20,55	41,06	61,61
Endocrino	27,01	8,76	33,22	41,98
Hematología	23,44	7,62	28,81	36,44
M.Interna	26,93	11,65	30,68	42,33
Neumología	12,73	5,83	14,24	20,07
Nefrología	14,80	4,47	18,48	22,95
Neurología	18,80	15,17	15,56	30,73
Oncología	32,91	4,93	45,26	50,19
Psiquiatría	61,08	13,07	80,73	93,80
Pediatría	18,16	7,62	20,88	28,50
Obstetricia	17,65	13,69	15,07	28,76
Cirugía general	50,52	31,62	49,44	81,05
Urología	33,85	24,63	30,25	54,88
Traumatología	117,41	73,08	115,21	188,29
Rehabilitación	63,75	42,30	60,38	102,68
Reumatología	14,18	6,44	15,90	22,34
ORL	71,43	49,84	65,62	115,45
Oftalmología	86,15	97,63	47,87	145,50
Ginecología	35,57	25,65	31,98	57,64
Anest y Rean.	22,13	39,52	0,27	39,78
TOTAL	907,93	602,25	855,96	1.458,21

Análisis Benchmarking

Frecuentación Baleares 2005	1.116
Frecuentación Teruel 2005	2.100
Frecuentación España 2005	1.625

Frec. Total Can Misses 2005	908
Frec. Total Can Misses 2015	1.458

Necesidades de Locales de consulta y Dimensionamiento

Según las hipótesis de frecuentación el número de locales de consulta externa precisos sería de 58 frente a los 38 actuales.

Según la hipótesis de frecuentación tomada para Ambulatorización, y las Tarjetas Sanitarias Informatizadas estimadas en el 2015, se alcanzarán las 102.984 consultas primeras, y las 146.368 consultas sucesivas en el Hospital de Can Misses. Para el cálculo de los locales de consulta necesarios en el 2015, sobre la base del escenario definido, aplicamos unos tiempos de consulta estándares según la media nacional tanto para consultas primeras como sucesivas.

Empleando como Índice de Rendimiento 70%, y teniendo en cuenta la posibilidad de locales de consulta en horario de mañana o bien de mañana y tarde, resultan necesarios entre locales de consulta con horario de mañana para cubrir la demanda.

Según el volumen de demanda de Eivissa en el área Ambulatoria, teniendo en cuenta la experiencia práctica previa, se propone que cada consulta disponga de un espacio diferenciado para exploración, para favorecer la consulta de acto único

Consideraciones generales sobre los espacios

- Los locales de consulta externa de las especialidades médicas serán polivalentes.
- Las consultas gineco-obstétricas y de urología contarán con aseo en su interior.
- El tamaño de los locales de consulta externa será idéntico para todas las especialidades (18 metros cuadrados). Los gabinetes de exploraciones que requieren equipos electromédicos de cierto volumen podrán tener mayor superficie (entre 25 y 30 metros cuadrados.).

Relaciones funcionales:

- Atención primaria
- Urgencias
- Hospitalización
- Bloque quirúrgico hospitalario

GABINETES CENTRALES DE EXPLORACIONES

Función

El área de gabinetes centrales de exploraciones funcionales agrupa todas las exploraciones que, por sus requerimientos tecnológicos, complejidad organizativa, similitud técnica para los diferentes especialistas, tiempos de exploración o necesidades de personal, resultan necesarios para una eficaz resolución de diagnóstico de pacientes. Se obtiene de este modo una gestión eficaz y eficiente según especiales de pruebas, dando servicio tanto a pacientes ingresados como ambulatorios.

Ubicación

En el nuevo hospital, los Gabinetes Centrales de Exploraciones se encontrarían bien comunicados y accesibles desde el exterior (consultas externas) y desde hospitalización, con entradas diferenciadas para pacientes ambulatorios e internados y espera de camas.

La circulación hacia las unidades de hospitalización será sencilla para facilitar el desplazamiento, no solo de los pacientes hospitalizados, sino también y primordialmente de los equipos electromédicos, siempre que el tamaño de las habitaciones lo permita.

Las especialidades que centralizarán los locales de consulta y exploraciones en el área denominada de gabinetes son las siguientes:

- Cardiología
- Cirugía Vascular
- Digestivo
- Neumología
- Neurología
- Urología

Procedencia de los pacientes

La procedencia de los pacientes que acuden a esta área mediante cita programada puede ser la siguiente:

- Remitidos desde atención primaria
- Interconsultas de los propios especialistas
- Pacientes hospitalizados

En líneas generales el porcentaje de pacientes procedentes de hospitalización representa entre el 3 y el 20% aunque varía según la especialidad y el tipo de exploración.

Relaciones funcionales

A su vez los pacientes pueden ser enviados desde los gabinetes de exploraciones hacia:

- Radiodiagnóstico
- Consultas externas
- Hospital de día médico o quirúrgico (debe constituir una unidad funcional con el mismo)
- Unidades de hospitalización
- Cuidados críticos
- Laboratorios (sobre todo para extracción y toma de muestra)
- Unidad de citaciones y gestión de pacientes

Cálculo de necesidades

Además de los criterios ya señalados para las consultas externas y gabinetes de exploraciones, se han tenido en cuenta un tiempo medio por exploración de 30 minutos, salvo para las siguientes exploraciones:

CARDIOLOGIA	
	TIEMPO
ECOS	25 min.
ERGOMETRIAS	40 min.
HOLTER-ECG	15 min.
ECG	15 min.
DIGESTIVO	
	TIEMPO
COLONOSCOPIA	45 min.
GASTROSCOPIA	20 min.
CPRE DIAGNOSTICO	60 min.
CPRE TEREP. SIN STEN	90 min.
CPRE TEREP. CON STEN	120 min.
NEUMOLOGIA	
	TIEMPO
BRONCOSCOPIAS	45 min.
BRONC. TERAPEUTICAS	90 min.

En el caso de la cardiología, cuyas necesidades calculadas mediante los tiempos señalados se han consultado los criterios del Ministerio de Sanidad y Consumo que establecen los siguientes parámetros:

- Un equipo de ergometría debe realizar entre 8 y 10 estudios por turno y día
- Un equipo de ecocardiograma debe realizar entre 12 y 14 estudios por turno y día

HOSPITALES DE DÍA

Función

El Hospital de Día se desarrolla como alternativa a la hospitalización convencional. Está dirigido a pacientes, seleccionados previamente mediante protocolo, que deban someterse a métodos de diagnóstico y tratamiento que requieran durante unas horas cuidados continuados médicos y de enfermería y puedan ser dados de alta a su domicilio en el mismo día.

Las modalidades de hospitales de día previstos para el hospital de Eivissa son las siguientes:

- Hospital de Día Médico
- Hospital de Día Psiquiátrico adultos
- Hospital de Día Psiquiátrico infantil
- Hospital de Día Quirúrgico

Los Hospital de día son unidades de carácter polivalente y pluridisciplinar por la diversidad de especialistas y categorías profesionales que desempeñan su labor en ellos.

Ubicación

Depende del tipo de pacientes que atienda:

- El Hospital de día médico debe estar situados próximo al área de Gabinete de exploraciones.

- El Hospital de día psiquiátrico debe estar próximo a las unidades de hospitalización de agudos de esa especialidad.
- El Hospital de día quirúrgico debe estar próximo a los quirófanos destinados a la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Las circulaciones de pacientes que acuden al hospital de día deben ser diferenciadas y bien señalizadas, para evitar la deambulación de los mismos por el interior del hospital.

Procedencia de los enfermos

- Remitidos desde consultas externas
- Remitidos desde hospitalización tras el alta
- Remitidos desde la urgencia

Relaciones funcionales

1.-Hospital de día quirúrgico

- Quirófanos
- Cuidados críticos

2.- Hospital de día médico

Consultas externas (oncología, cuidados paliativos, unidad del dolor y hospitalización domiciliaria principalmente)

- Gabinetes de exploraciones
- Cuidados críticos

3.- Hospital de día psiquiátrico

Hospitalización de psiquiatría de agudos

Cálculo de Necesidades

1.- Hospital de día quirúrgico

El hospital de día quirúrgico para la realización de Cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor que debe ser practicada en quirófano requiere de 2 quirófanos de Cirugía Mayor Ambulatoria para la realización de una media de 4.275 intervenciones en el año 2.015, suponiendo un índice de rendimiento del 70%.

Es imprescindible el funcionamiento continuado en horario de mañana y tarde para conseguir el rendimiento adecuado de los quirófanos y del Hospital de Día quirúrgico.

2.- Hospital de día psiquiátrico

En el escenario más pesimista, al menos el 23% de las hospitalizaciones psiquiátricas, pueden ser susceptibles de ser atendidos en el hospital de día (Cochrane 2006). Según la citada fuente, este porcentaje muestra una tendencia al crecimiento debido a que el cuidado de las personas con trastornos mentales agudos en el hospital de día logra reducciones sustanciales del número de pacientes que requieren internación, del tiempo de permanencia en el hospital, facilita la reinserción social y laboral y mejora los resultados de salud de la atención psiquiátrica.

3.- Hospital de día médico adultos

Con 26 puestos para tratamiento de día médico, uno dedicado a tratamientos del Sida.

Hemodiálisis: 29 puestos 3 de ellos para hemodiálisis peritoneal más 4 camas para agudos y 1 para aislados.

4.- Hospital de día médico infantil

Con 6 puestos para tratamiento.

Dimensionamiento general

Asumiendo que la tendencia de ambulatorización de la asistencia sanitaria creciente es una realidad a corto y medio plazo, para la estimación de los puestos de Hospital de día necesarios se ha incrementado la frecuentación de 67,89 actual a un 74,50 en el escenario definido para el 2015.

		HIPÓTESIS FRECUENTACIÓN
	2.006	2015
Hospital de Can Misses	Frec. Ttos	Hip Frec. Ttos Can Misses
Tto Oncohematológico Can Misses	15,73	16,00
Otros médicos Can Misses	3,48	4,00
Tto Sida	0,34	0,50
Tto Psiquiatrico	23,78	26,00
Tto Médico	2,66	3,00
Tto Quirúrgico	21,89	25,00
Total	67,89	74,50

De manera que para dicho horizonte temporal se prevén 12.739 tratamientos ambulatorios.

URGENCIAS

Función

El Área de Urgencias debe caracterizarse por la rápida recepción del paciente, su identificación, su clasificación y su paso a box de exploración y tratamiento.

En esta área se instalarán boxes para adultos, para obstetricia y ginecología, así como pediátrico, teniendo en cuenta que la parte pediatrica será independiente del resto. También aquí se construirá una zona de atención inmediata.

Además se ubicarán salas de espera independientes para los acompañantes.

Existirá una zona de observación de pacientes en el Área de Hospitalización Especial y una zona de cuidados especiales, situada también esa misma zona.

Por lo que a la urgencia hospitalaria se refiere, para realizar el cálculo de las necesidades estructurales del Área de Urgencias, se han utilizado los datos de frecuentación en los años anteriores.

Para la estimación de la demanda de urgencias en el escenario definido para el 2015 se ha considerado un crecimiento del 5% en la frecuentación. Se ha considerado en esta hipótesis que se mantiene la tendencia contrastada de que la población flotante no conoce la red sanitaria de atención primaria y se dirige con mayor frecuencia a urgencias. Se pasa de esta manera de una frecuentación actual de 48,29, a la estimada en el 2015 de 50,70.

Mantenemos, no obstante, la relación de urgencias ingresadas respecto al total de urgencias atendidas, ya que consideramos que se encuentra dentro de la media nacional.

Respecto al análisis del **pico de urgencias**, según datos facilitados por la gerencia del 2002 al 2005, la tendencia de las series temporales en la frecuentación de urgencias muestra una mayor frecuentación todos los años en Eivissa, si bien con una tendencia a disminuir, frente a la del resto de CAIB que se mantiene estable. Además, presenta una temporalidad con picos estivales mucho más acusados que los del resto de Baleares.

Como **criterios de organización** del área de Urgencias tenemos:

- Estructuradas para resolución de procesos según prioridades clínicas.

- Relacionadas con las zonas de resolución diagnóstica (Radiodiagnóstico, laboratorios) y de tratamiento (Bloque Quirúrgico, Cuidados Intensivos...).

Relaciones funcionales:

- Bloque quirúrgico
- Unidad de diagnóstico por imagen
- Laboratorio
- Salas de diagnóstico y tratamiento
- Farmacia

		HIPÓTESIS
	2.005	2015
Hospital de Can Misses	Frec. Urgencias Can Misses	Hip Frec. Urgencias Can Misses
Urgencias atendidas	423,33	444,50
Urgencias ingresadas	48,29	50,70

Análisis Benchmarking

Frecuentación Baleares	383
Frecuentación Teruel	284,48
Frecuentación España	553,09

Frec. Can Misses 2005	423,33
Frec. Can Misses 2015	444,50

Ingresos sobre Urgencias atendidas

% Ingresos Baleares	9,63
% Ingresos Can Misses	11,41
% Ingresos España	10,98

Dimensionamiento del área de urgencias

Según las hipótesis definidas se proponen 11 boxes, 4 salas de curas y yesos y tres puestos de triaje, más 21 boxes de observación, para atender a la demanda de asistencia sanitaria en urgencias previstas que suponen un total de 76.009 anuales.

HOSPITALIZACION

La hospitalización está compuesta por el conjunto de locales donde se desarrollan las diferentes funciones, con los espacios y las instalaciones necesarias, para realizar óptimamente las misiones que le están encomendadas: atención y cuidados de los pacientes durante su estancia en el Hospital.

El bloque de hospitalización comprende también los espacios que, a pesar de no ser privativos de una unidad de enfermería, son necesarios para el buen funcionamiento de la unidad y se utilizan de forma compartida entre diversos profesionales. Las necesidades de camas de hospitalización se han dividido en tres grandes grupos, que aglutinan unidades funcionales operativas.

El aumento de la población y de los ratios utilizados en este estudio de frecuentación hospitalaria implica un aumento sensible del número de camas funcionantes del Hospital. No obstante, la mejora continua de la estancia media, el aumento y mejora de procesos ya existentes como la Cirugía Mayor Ambulatoria y la Cirugía de Corta Estancia, así como la introducción de nuevos procedimientos como la Hospitalización Domiciliaria, aconsejan moderar el aumento de la oferta de camas disponibles, mejorando en cambio la calidad en la prestación, introduciendo un determinado número de habitaciones de uso individual, susceptibles de ser utilizadas como dobles en caso de necesidad.

Cálculo de necesidades

Para la estimación de la demanda de hospitalización se ha empleado una hipótesis de crecimiento de la frecuentación de media del 20% (pasando la frecuentación de un 65,01 a un 80,48), excepto ciertas especialidades, como UCI que se pretenden reforzar bajo el principio de “menos ingresos pero de mayor complejidad”. Se tiende a aproximar la frecuentación en Hospitalización a la frecuentación media nacional. Se parte para esta estimación de un escenario de 180.000 Tarjetas Sanitarias Informatizadas en el 2015.

	2005	HIPÓTESIS 2015
Hospital de Can Misses	Frec. Ingresos Can Misses	Hip Frec. Can Misses
Cardiología	2,75	3,30
Dermatología	0,00	0,00
Digestivo	2,50	3,00
Endocrino	0,28	0,34
Hematología	0,82	0,98
M.Interna	16,62	19,28
Neumología	1,10	1,26
Nefrología	0,64	0,77
Neurología	1,47	1,76
Oncología	1,33	1,60
Psiquiatría	2,11	2,53
Pediatría	2,57	3,08
Neonatología	0,53	0,64
Obstetricia	10,09	12,11
Cirugía general	6,42	7,71
Urología	3,00	3,15
Traumatología	7,25	8,70
Rehabilitación	0,00	0,00
Reumatología	0,00	0,00
ORL	0,80	0,97
Oftalmología	0,11	0,13
Ginecología	2,41	2,90
Anestesia	0,00	0,00
UCI	3,70	6,29
TOTAL	65,01	80,48

Análisis Benchmarking

Frecuentación Baleares 2005	70,43
Frecuentación Teruel 2005	109,02
Frecuentación España 2005	115,56

Frec. Total Can Misses 2005	65,01
Frec. Total Can Misses 2015	80,48

Según la hipótesis de frecuentación tomada para Hospitalización, y las Tarjetas Sanitarias Informatizadas estimadas en el 2015, se alcanzarán los 13.763 ingresos en el Hospital de Can Misses. Para el cálculo de las camas necesarias en el 2015, sobre la base del escenario definido, establecemos una hipótesis de estancia media global para el 2015 semejante a la actual, tiendo en cuenta los resultados del benchmarking

nacional. Empleando como Índice de Ocupación del 85%, el ratio de Cama por habitante sería de 1,54.

Se propone un 65% de habitaciones individuales para potenciar el confort de los pacientes. Las habitaciones individuales son duplicables.

Para un análisis más detallado, esta oferta de hospitalización la agrupamos en:

- Hospitalización Convencional: Médica y Quirúrgica
- Hospitalización Materno Infantil.
- Hospitalización Psiquiátrica
- Hospitalización en la Unidad Cuidados Intensivos.

HOSPITALIZACIÓN	uds
HOSPITALIZACION CONVENCIONAL	
habitaciones individuales	**78**
camas	78
habitaciones dobles	**72**
camas	144
total habitaciones	**150**
total camas	222
AREA MATERNO-INFANTIL	
Obstétricas	
habitaciones dobles	**20**
camas	40
Neonatológicas	
cunas en nido	**4**
Pediátricas	
habitaciones dobles	**7**
camas	14
HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA	
habitaciones individuales	**21**
camas	21

UCI (camas)	uds
UD. ADULTOS	15
UD. NEONATOS	9

TOTAL habitaciones	**198**
TOTAL camas	297

HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

Las unidades de hospitalización médico quirúrgicas tendrán en cuenta las siguientes particularidades:

- Reservar el área de hospitalización para los cuidados de enfermería y la estancia hotelera del paciente.
- Favorecer el trabajo de equipos multidisciplinares mediante una correcta adecuación de las instalaciones y equipos.
- Permitir criterios de flexibilidad y versatilidad.
- Facilitar la circulación de pacientes y la accesibilidad a los diferentes servicios.
- Su disposición deberá permitir la unificación de algunos locales que integran las unidades, de modo que sean compartidos por otra unidad, como por ejemplo: office, almacén de residuos, área de familiares, etc.
- Permitirá la disponibilidad de un núcleo de habitaciones para enfermos infecciosos de ciertas características.
- Control central único para la unidad.

Contará con seis Unidades de Hospitalización. Cada una de estas unidades contará con **25 habitaciones** y un control de enfermería único por unidad. De estas 25 habitaciones, 12 serán dobles y 12 sencillas y una más para aislados, dando por tanto, un total de **37 camas** disponibles por unidad de hospitalización.

Dada esta distribución, el total de camas de Hospitalización Convencional del Hospital de Eivissa es de **192 camas**.

Los **criterios generales** que deben las camas convencionales son:

- **Orientación.** Es deseable que las habitaciones tengan una orientación al sur, para una mayor luz, y que estén soleadas. Las zonas de personal deberán tener luz del exterior.

- **Vistas.** El lugar elegido para la construcción del hospital permite vistas hacia el exterior, por ello se recomienda pensar en la altura de las ventanas para facilitar desde el cabecero de la cama esta visión.

- **Ruidos del exterior.** Especial cuidado debe tenerse con los ruidos que puedan venir del exterior, principalmente de las circulaciones de automóviles del exterior.

- **Circulaciones internas.** Existirán dos tipos de circulaciones, para visitas y circulación interna, cada unidad de enfermería será independiente en cuanto a circulación de enfermos y visitas, es decir el enfermo o la visita no deberá pasar por otra unidad antes de llegar a la suya. Los pasillos deben permitir el cruce de dos camas y dar adecuadamente el giro en las puertas.

- **Transporte.** Existirán ascensores u otros medios de transporte diferenciados para suministros, sucio, personal y pacientes o visitas.

- **Salas de estar de pacientes y familiares.** Las salas de espera serán amplias, con relación al número de camas de la unidad. Igualmente existirá en todas las unidades un despacho para información a familiares.

- Las **áreas de trabajo de enfermería** deben:

    - Permitir el control de la unidad.

    - Evitar distancias largas a las habitaciones de pacientes.

    - Organizar el control de enfemería y sus apoyos en razón a la forma de trabajar, lo que se ha tenido en cuenta al desarrollar el programa de locales. Cuando se abra el hospital el personal de

enfermería trabajará con PDA (personal digital assitant) a la cabecera del enfermo.

- Además del control, las zonas de trabajo limpio deberán ser accesibles visualmente desde el exterior.

- **Habitaciones.** Además de las características señaladas anteriormente de orientación, vistas, y aislamiento de ruidos, se debe de tener en cuenta, que una parte importante de su tiempo el enfermo estará acostado. Por ello se tiene que poner especial atención en el diseño del techo y las luces (que deben ser indirectas y graduables).

- Deberán ser amplias para poder atender al enfermo alrededor de la cama (incluido la la cabecera) por al menos tres personas y aparatos, como carro de paradas, etc.

- Además de contar con las intalaciones clásicas (oxígeno, vacío, cuatro enchufes por camas, teléfono) deberá tenerse en cuenta una **terminal informática** para los profesionales y también para el paciente y acompañante. Las habitaciones tendrán dos armarios empotrados en la pared.

- **Aseos.** Los aseos de las habitaciones tienen que reunir las condiciones para personas incapacitadas (personas mayores, enfermos con dificultad de movimiento con portasueros, sondas…), y por lo tanto para poder entrar con silla y además poder ser ayudados por el personal. No existirán barreras en el suelo, la ducha será amplia, antideslizante, con acceso fácil para la ayuda, con silla para el enfermo que lo necesite y accesorios fácilmente manejables.

- Todas las unidades contarán con una **sala de trabajo** de médicos para 7 personas

Las dependencias se dividen en 5 **áreas**:

- Área del paciente.

- Área técnica.
- Área de suministros y soporte.
- Área Común a dos Unidades
- Área de personal.

HOSPITALIZACIÓN MATERNO INFANTIL

Respecto a la Hospitalización Materno Infantil, el servicio de Pediatría dispondrá de **7 habitaciones** de uso individual (con posibilidad de uso doble) y Obstetricia con **20 habitaciones**, (con posibilidad de uso doble). Dispondrá éste área de una unidad de Neonatología con 4 camas nido.

Con las Unidades de Dilatación, Parto y Postparto, el Hospital Can Misses pretende dar respuesta a la creciente demanda social e institucional a la humanización del parto normal.

Se ha mantenido prácticamente la hipótesis de Frecuentación de partos totales, ya que se acerca a la frecuentación nacional, reduciendo el porcentaje de cesáreas de 27,62% a 20%.

	2.005	HIPÓTESIS 2005
Hospital de Can Misses	Frec. Can Misses	Frec. Partos Can Misses
Total Partos	8,97	9,00
Vía vaginal	6,56	7,20
Cesáreas	2,48	1,80

Análisis Benchmarking

Frecuentación Baleares 2005	7,59
Frecuentación Teruel 2005	3,72
Frecuentación España 2005	10,50

Frec. Can Misses 2005	8,97
Frec. Can Misses 2015	9,00

Partimos del estándar de 400 partos por paritorio. Tenemos en cuenta que sólo los partos vía vaginal emplean paritorio y generan ingresos. Tomamos una Estancia Media Estándar por parto de 3,3 días.

Según las hipótesis de partida tomadas para el escenario definido para el 2015, se prevé que se alcanzarán los 1.539 partos, lo que supone 4,22 partos al día.

Hospital de Can Misses	TSI MEDIO 2015 Partos Previstos Can Misses	TSI MEDIO 2015 Partos/día PrevistosCan Misses
Total Partos	1539	4,22
Vía vaginal	1231	3,56
Cesáreas	308	0,89

Según los cálculos realizados se precisarían **4 paritorios** para cubrir la demanda del 2015, frente a los 2 paritorios actuales.

Según la tendencia a la introducción de Salas Combinadas de dilatación, parto y posparto, se precisarían 6 **Salas Combinadas**.

La opción más recomendable es la adopción de una combinación de paritorios (**2 paritorios**) y Salas Combinadas (6 **Salas Combinadas**). Esta opción permitiría hacer más eficiente el número de camas dedicadas a Obstetricia.

Relaciones funcionales:

- Bloque quirúrgico
- Incubadoras
- Urgencias

HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

La hospitalización psiquiátrica en régimen de agudos está indicada en aquellas situaciones de crisis en las que el cuadro clínico del paciente representa un riesgo para sí mismo o para terceras personas, haciendo necesario un diagnóstico y/o tratamiento que no pueda ser realizado en la comunidad y que conlleva mayores beneficios terapéuticos para el paciente.

Su objetivo principal es el posibilitar una intervención terapéutica coordinada de recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional, y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer a la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiar y social del paciente. Son lugares de cuidados psiquiátricos continuados de corta estancia, 24 horas sobre 24, fundamentalmente para adultos con alteraciones mentales, con un número de camas que debería oscilar entre las 10 y las 30.

Según las recomendaciones óptimas para la dotación de estas unidades y de acuerdo a los ratios de frecuentación, le corresponde **21 camas** de hospitalización psiquiátrica.

UCI

Función

Entendemos esta Unidad como área de hospitalización que tiene como finalidad agrupar los pacientes en estado crítico y semicrítico, en el espacio físico en el que se les pueda vigilar y prestar atenciones muy especiales y continuadas durante las 24 horas del día, lo que no es posible hacer en las restantes unidades de enfermería. No obstante, se pretende poner en práctica el criterio de no “perpetuar” la estancia de los pacientes en estas camas, para lo cual resulta necesario hacer más eficientes los procesos de traslados internos, así como mejorar la realización de pruebas diagnósticas.

La propuesta de instalaciones para la atención de pacientes críticos en UCI, supone el concepto de Boxes preparados para poder atender enfermos con elevadas cargas de

cuidados y capacidad para atender perfiles mixtos de enfermos (críticos y semicríticos). La tendencia según las estimaciones de envejecimiento de población es la asistencia a enfermos crónicos y más complejos.

El diseño de la unidad responde a un espacio cerrado, con boxes equipados con un gran número de medios técnicos dentro de cada box.

En el diseño de la unidad se tendrán en cuenta los circuitos para no cruzar el material limpio con el sucio. Así como la creación de espacios que permitan atender a los parientes de los enfermos y la visita de éstos, manteniendo la asepsia de la unidad.

Es conveniente que tenga iluminación natural, para mejorar los niveles de ansiedad y de desorientación de los enfermos. El sistema de ventilación deberá contener filtros absolutos y posibilidad de cambios de presión.

La unidad tendrá una zona destinada al trabajo del personal asistencial: Control de enfermería, zona de preparación de medicación, almacén, zona de supervisión y gestión, aseos, vestuario.

La red eléctrica debe de estar conectada con un sistema de arranque automático de emergencia para evitar riesgos.

Por lo tanto algunas características del área de cuidados intensivos serán:

- Boxes con luz natural y visibilidad al exterior.
- La circulación permitirá el movimiento de las camas y la entrada a un box de cuatro personas.
- La enfermería tendrá fácil visualización de los boxes. Las mesas de trabajo y puestos de ordenadores se situarán con esa finalidad.
- Los boxes contarán con lavabos para evitar infecciones cruzadas, armarios para pertenencias de pacientes, espacio para teclado informático y pantalla a pie de cama.
- Los familiares contaran con una sala de estar al lado de cada unidad

Relaciones funcionales:

- Urgencias
- Bloque quirúrgico
- Hemodinámica
- Hospitalización convencional
- Cuidados intensivos cardiológicos, electrofisiología
- Cuidados subintensivos
- Helipuerto
- Acceso

AREA DE SERVICIOS CENTRALES

Esta área del hospital engloba las siguientes **unidades**:

- Bloque Quirúrgico
- Diagnóstico por la Imagen
- Rehabilitación
- Laboratorios
- Farmacia

Como **criterios de organización** de los Servicios Centrales tenemos:

- Diagnóstico por imagen en zona técnica de mayor resolución.
- Una sala de Radiodiagnóstico en Consultas (Trauma) para mejorar eficiencia. no
- Laboratorios conectados por sistema neumático de transporte.

- Estaciones de trabajo en zonas clínicas. “Hospital sin placas”.

BLOQUE QUIRURGICO

Función

La función es realizar procedimientos quirúrgicos diagnósticos o terapéuticos que requieran un elevado nivel de asepsia, con o sin anestesia, tanto en pacientes programados como urgentes. El bloque se configura como un área centralizada, donde se desarrolla toda la actividad quirúrgica referida a intervenciones programadas de pacientes hospitalizados y ambulatorios. En este bloque se realizará también toda la cirugía urgente.

Dentro de este bloque y debido a la polivalencia de pacientes y de tipo de cirugía, se diferenciará, en lo posible, una zona para cirugía programada y una zona urgente.

El programa funcional del Bloque Quirúrgico debe tener en cuenta los siguientes criterios considerados como básicos:

- El bloque es un área independiente de las circulaciones generales del hospital, pero de muy fácil acceso desde éstas.
- En el interior del bloque hay 3 circulaciones básicas: pacientes, personal y material.
- Los locales que se delimiten permitirán el acceso y la salida progresiva desde zonas sucias a limpias, mediante unas zonas de filtro y esclusas.
- La circulación en el área de limpio debe impedir cruzar áreas sucias, al igual que el acceso a locales sucios no debe atravesarse con circulaciones limpias.
- Las instalaciones tendrán gran seguridad para evitar riesgos en su funcionamiento:

– El aire debe circular de las zonas limpias a las menos limpias, y la maquinaria estará situada lo más próxima posible al bloque, evitando conductos innecesarios. Debe establecerse un criterio de presiones positivas en los locales más limpios respecto a los menos limpios.

– Se dotará de protección contra riesgos eléctricos y de baterías de continuidad para la iluminación.

– Debe extremarse el cuidado en la instalación de los gases, evitando que haya cruces, para que en posibles manipulaciones posteriores no existan errores de conexión.

Como **criterios de organización** del Bloque quirúrgico tenemos:

- Bloque quirúrgico con quirófanos polivalentes.
- Área de cirugía ambulatoria relacionada con zona de hospital de día quirúrgico.
- Orientado hacia actividad ambulatoria.
- Relación directa con Bloque Obstétrico y Unidad de Cuidados Críticos.

Dimensionamiento del Bloque Quirúrgico

Para la estimación de los quirófanos necesarios para cubrir la demanda de intervenciones quirúrgicas se ha tomado como referencia la frecuentación quirúrgica de la Comunidad Autónoma Balear (45,52). Se estima que las intervenciones quirúrgicas en el Hospital de Can Misses pasarán a 7.784 en el 2015 según el escenario definido.

	TSI MEDIO 2015 Intervenc Can Misses
Programadas con ingreso	3.875
CMA	3.909
TOTAL	**7.784**
IQ PROGRAMADAS	5.578
IQ URGENTES	2.206
TOTAL	**7.784**

Análisis Benchmarking

Frecuentación Baleares	45,52
Frecuentación Teruel	57,80
Frecuentación España	49,95

Frec. Total Can Misses 2005	45,90
Frec. Total Can Misses 2015	45,52

Se han aplicado las proporciones de CMA, así como las Intervenciones Programadas y Urgentes según la media nacional. Si partimos de un rendimiento del 70% de los quirófanos, y de los tiempos estándares para las intervenciones, deducimos que son necesarios un total de **8 quirófanos** en el 2015. De manera que se proponen **5 quirófanos para intervenciones programadas** con ingreso, **2 quirófanos para cirugía ambulatoria progamada** y **1 para intervenciones de urgencias**.

	TSI MEDIO	Horas x quirófano	Tiempo de Intervención	% Rendimiento	E2 MEDIA
	2015				2015
	Intervenc Can Misses	2006	2006	2007	Nº Quirófanos
Programadas con ingreso	3.875	1.715	120	70	6,5
CMA	3.909	1.715	30	70	1,5
TOTAL	**7.784**	**3.430**	**150**	**140**	**8**
IQ PROGRAMADAS	5.578	1.715	86	70	6,7
IQ URGENTES	2.206	1.715	48	70	1,3
TOTAL	**7.784**	**3.430**	**134**	**140**	**8**

PROPUESTA DE QUIRÓFANOS	
	2015
Programados con ingreso	5
Cirugía ambulatoria	2
Urgencias	1
Total	**8**

Relaciones funcionales

- Hospital de Día Quirúrgico
- Hospitalización
- UCI
- Laboratorio de Anatomía Patológica

DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

Función

Su función es el diagnóstico y tratamiento por imagen de pacientes, tanto ambulatorios como hospitalizados.

Las posibilidades y avances de la técnica en este campo son importantes, por lo que su versatilidad y capacidad de crecimiento son un factor funcional importante.

Los espacios que configuran la Unidad estarán centralizados.

Deberá existir cierta flexibilidad que permita al Servicio evolucionar al mismo tiempo que las técnicas médicas (digitalización, informática, etc.)

La Unidad dispondrá de una zona de recepción, que controlará el flujo de pacientes, y de un pasillo técnico de circulación interior.

Se estructurará en circuitos diferenciados para la atención de pacientes ambulatorios y pacientes encamados.

Las salas de espera se agruparán por tipo de técnicas y por tipo de pacientes (ambulatorios y encamados).

En este servicio se atenderá también la demanda, control y almacenamiento de los equipos portátiles.

Dimensionamiento del servicio de diagnóstico por imagen:

Para el cálculo de las necesidades del servicio de diagnóstico por imagen en el escenario definido para el 2015, se ha adoptado como criterio seguir la frecuentación media de la Comunidad Autónoma Balear, salvo en las Mamografías y RX Convencionales, en los cuales hemos adoptado datos peninsulares algo superiores.

Según este criterio la frecuentación ha pasado de 702,49 actual, a 876,86 estimada para el 2015. De esta manera es estima que en dicho horizonte temporal se realizaran de media 149.942 pruebas en el Hospital Can Misses.

		HIPÓTESIS
		2005
Hospital Can Misses	Frec. Pruebas Can Misses 2005	Hip Frec. Pruebas Can Misses
Ecografías	46,50	68,94
Mamografías	32,21	40,00
TC	32,66	43,05
Resonancia	20,72	24,86
RX Convencional	570,40	700,00
Total	702,49	876,86

Hemos aplicado como hipótesis de rendimiento un **80%** para la realización de las pruebas datos obtenidos a nivel nacional por tipo de prueba diagnóstica por imagen. Como resultado deducimos que son necesarios **13 equipos**. cuadro

El Servicio de Diagnóstico por la Imagen dispondrá de los siguientes equipos:

- Radiología Convencional
- Sala Telemando

- Mamógrafia
- Salas de Ecografías
- Tomografía axial Computerizado Helicoidal
- Sala de Radiología Intervencionista
- Ortopantomografia
- Resonancia Magnética
- Pielografia

Las relaciones de este servicio deben ser:

- Con Urgencias: será una relación inmediata, por la rapidez de los diagnósticos.
- Con Hospitalización: para efectuar exploraciones de pacientes durante su estancia.
- Con Hospital de Día: se producirá de forma ocasional, durante la observación de algún paciente.
- Con Consultas Externas: este servicio estará próximo a las consultas, por el gran número de estudios que precisarán.

Incluirá 4 áreas:

- Área de pacientes.
- Área técnica.
- Área administrativa.
- Área de personal.

REHABILITACIÓN

Función

Es el área de atención a los pacientes que precisan técnicas de recuperación física y social para alcanzar el nivel óptimo fijado.

Aquí se atiende tanto a los pacientes ambulatorios como a los hospitalizados.

Debe proyectarse teniendo muy presente que los usuarios de este servicio suelen presentar minusvalías, ya sean temporales o permanentes.

Hay que prever la posibilidad de movimiento con silla de ruedas o encamados por toda el área, que deberá dotarse de manillas y de todos los mecanismos adecuados.

Tendrá fácil comunicación desde las unidades de hospitalización y, sobre todo, un muy fácil acceso desde el exterior, libre de barreras arquitectónicas.

Relaciones funcionales

Tendrá comunicación fácil con las Unidades de Hospitalización que permita el traslado de pacientes por circuitos que no crucen por circulaciones incompatibles.

Permitirá el acceso de pacientes ambulatorios para el seguimiento de tratamientos.

LABORATORIOS

Función

La función de esta unidad es realizar las técnicas diagnósticas de rutina o de urgencia.

El hospital dispondrá de un Área Central de Laboratorios, donde se centralizarán todas las actividades que provengan de la atención hospitalaria y ambulatoria.

Estas técnicas se dividen en hematología, bioquímica, microbiología y anatomía patológica.

La evolución de la tecnología en lo referente al trabajo en las distintas áreas del laboratorio determina la necesidad de un espacio amplio, con capacidad de cambio. Por tanto, es aconsejable realizar particiones con mamparas y colocar instalaciones en canaletas, con el objeto de poder incorporar en el futuro dichos avances tecnológicos.

Se dotará de tubo neumático de transporte para la recepción de las muestras y envío de los resultados a cada unidad y departamento. Además se instalará un sistema informático de almacenamiento de datos y resultados.

Se toma como criterio la centralización de los equipos de laboratorio y los espacios comunes para las diferentes áreas de Laboratorio (CORE + ÁREAS DE CONOCIMIENTO).

Como **criterios generales de organización** del servicio de Laboratorio tenemos:

- Estructura para resolución de procesos según prioridades clínicas.
- Relación con las zonas de resolución diagnóstica (Radiodiagnóstico, laboratorios) y de tratamiento (Bloque Quirúrgico, Cuidados Intensivos...).

Relaciones Funcionales

El área de Laboratorios es un apoyo diagnóstico para todas las áreas del hospital

- Consultas externas
- Hospitalización
- Urgencias
- Quirófanos
- Hospital de día
- Otras unidades.

FARMACIA

Función

El objetivo de la Unidad de Farmacia es realizar las correspondientes funciones básicas para un uso racional del medicamento en las zonas básicas de salud adscritas a este centro hospitalario y englobadas en actividades asistenciales y docentes como indica la Ley del Medicamento.

Deberá dar cumplimiento a otras disposiciones legales referentes al manejo de medicamentos citostáticos y de medicamentos en ensayo clínico.

Para una mejor organización, se estructurará en las siguientes actividades:

- Selección, adquisición y conservación de medicamentos y productos farmacéuticos. Incluye la gestión de la adquisición de medicamentos y componentes farmacológicos.
- Dispensación: realizará la dispensación a pacientes ingresados y a pacientes externos. Para ello se prevé una sala de dispensación para externos en el área de consultas externas.

- Información y uso racional del medicamento: proporcionará la información solicitada por los profesionales sanitarios y por los pacientes.

- Almacén y conservación: tanto de medicamentos como de otros productos farmacéuticos.

- Farmacotecnia y Dietética: formulación magistral, elaboración de citostáticos, mezclas intravenosas, nutrición enteral y parenteral, así como la preparación de productos sólidos o líquidos para uso oral o externo que no requieran ser estériles.

El suministro de la medicación en el centro hospitalario se realizará mediante la reposición de una reserva mínima existente en las unidades asistenciales, dosis unitarias o prescripciones individualizadas.

Esta unidad estará informatizada y conectada con todas las unidades del hospital, especialmente con Hospitalización y Urgencias.

Se establecerán dispositivos de seguridad, sobre todo en la custodia de estupefacientes.

Se observará la normativa vigente en relación a los productos de riesgo potencial por sus condiciones de inflamabilidad o toxicidad.

Como **criterios de organización** del servicio de Farmacia tenemos:

- Gestión eficiente y segura de fármacos.

- Dosis Unitaria en Farmacia. Área específica de dispensación farmacéutica ambulatoria.

- Atender a la tendencia descentralizadora que se presenta en el servicio de Farmacia.

Programa de Necesidades:

- Área Técnica
- Área de soporte con Farmacotécnia estéril y no estéril
- Área de suministros, almacenamiento y conservación
- Oficina de Información de medicamentos y ensayos clínicos: En área de Consultas Externas.
- Unidad Administrativa del Servicio
- Zona de personal

Relaciones Funcionales

Se relaciona con todas las unidades del Hospital que tratan a pacientes ambulantes u hospitalizados, por lo que tendrá un fácil acceso con todas las Unidades Asistenciales que lo requieran.

UNIDADES DE SOPORTE ASISTENCIAL

Bajo la denominación de unidades de soporte asistencial se aglutinan aquellas que ofrecen unos servicios auxiliares, tanto a los profesionales del centro hospitalario como a los usuarios, que facilitan y hacen posible el desempeño de las funciones asistenciales con el adecuado control, información, atención, garantía, seguridad, en algunos de los casos, y en otros, complementan la formación, la investigación y el acceso a la información y el conocimiento científico.

No se concibe una asistencia sanitaria sin estos soportes.

Bajo este concepto se engloban las siguientes **unidades**:

- Unidad de Admisión y documentación clínica.
- Atención al paciente
- Medicina preventiva, calidad y gestión de riesgos clínicos
- Unidad de medicina del trabajo (Servicio de Prevención de riesgos laborales)
- Área de Docencia
- Área de Investigación
- Biblioteca
- Salón de actos

UNIDAD DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLINICA

La unidad de admisión y documentación clínica es la unidad encargada de la gestión de pacientes, codificación clínica, clasificación de pacientes (GRD), estadísticas asistenciales y sistemas de información (CMBD y Cuadro de mandos), cita previa, gestión de lista de espera.

Se compone de las unidades de admisión y de la unidad de documentación clínica, que tendrán una dependencia funcional única.

Relaciones funcionales

Por su actividad con agentes externos e internos del hospital, su localización debe ser a la entrada del centro, zona ambulante, los espacios de actividad principal estarán situados en la entrada principal del hospital. Deberá existir una comunicación fácil entra admisión, documentación clínica y urgencias.

ATENCIÓN AL PACIENTE

Función

El área de atención al paciente tiene como objetivo clave la consideración y el respeto a la dignidad del usuario (pacientes y familiares), que está en el centro de cada decisión, no solo como generador de requisitos funcionales, sino como expresión de valores humanos.

El área está destinada a atención de los pacientes y familiares. Los usuarios del sistema sanitario público (pacientes y acompañantes) deben ocupar el centro de las decisiones tomadas por el personal sanitario.

Relaciones funcionales

Staff de la dirección gerencia, esta unidad realizará sus funciones de forma centralizada, estará situada cerca de la entrada principal del hospital y próxima a la Unidad de Admisión y Documentación Clínica.

Además de sus dependencias propias, el personal encargado de la atención al paciente, tiene la posibilidad de utilizar las diferentes salas multiuso dispuestas por las diferentes unidades.

MEDICINA PREVENTIVA, CALIDAD Y GESTION DE RIESGOS CLINICOS; MEDICINA LABORAL

A) Servicio de Medicina Preventiva

Función

El Servicio de Medicina Preventiva se configura en este Hospital como un área más amplia que se denomina Unidad de Medicina Preventiva, Calidad y Gestión de Riesgos Clínicos.

Además de las funciones clásicas de la Medicina Preventiva Hospitalaria (vigilancia y control de infección nosocomial, higiene hospitalaria, etc.), asume – como el propio nombre de la unidad recoge – la Coordinación del Programa de Calidad del Hospital (encuestas de satisfacción, evaluación de vías clínicas, evaluación de objetivos de calidad del Contrato de Gestión, etc.) y la Coordinación del Programa de Gestión de Riesgos Clínicos (úlceras por presión, caídas, infección nosocomial, lavado de manos, alertas sanitarias, estudios de prevalencia e incidencia de efectos adversos, etc.).

Relaciones funcionales

Staff de la Gerencia.

Dada su proyección de relación con todo el Hospital, su ámbito general para la toma de muestras y atención universal al personal del hospital, no es un área que necesite localización específica.

B) Servicio de Medicina Laboral

Función

Es un servicio staff de la gerencia, responsable de prevención de riesgos laborales.

La cada vez más exigente normativa, la necesidad de garantizar la seguridad en el trabajo en un ambiente tan crítico como el hospitalario, han propiciado un aumento creciente del número de actividades, una mayor necesidad de respuesta ante las distintas situaciones y en consecuencia unas mayores necesidades estructurales.

Relaciones funcionales

Su extenso ámbito de actuación a todas las áreas del Hospital, no exige una localización específica.

AREA DE DOCENCIA

Función

Se trata de un área dedicada tanto a la formación del personal propio del hospital como a estudiantes de medicina.

En cuanto a docencia de postgrado, actualmente, el Hospital está acreditado para la formación especializada en Medicina de Familia y Comunitaria y en Medicina Interna. En el futuro, se plantea solicitar acreditación docente para nuevas Especialidades Médicas (Cirugía General y del Aparato Digestivo, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Radiodiagnóstico, etc.).

En cuanto al pregrado, actualmente, el Hospital colabora en las prácticas de alumnos de la Escuela Universitaria de Fisioterapia. Para el futuro, el Hospital aspira a impartir docencia a los alumnos de Medicina y de Enfermería, alcanzando el status de Hospital Asociado de la Universidad de Baleares. También recibe, ocasionalmente, alumnos de Farmacia y de Psicología de otras Universidades españolas.

Igualmente, el Hospital colabora en la formación práctica de alumnos de Formación Profesional (Auxiliares de Enfermería, Técnicos de Laboratorio Clínico, Técnicos de Radiodiagnóstico, Técnicos de Anatomía Patológica, Técnicos de Documentación Clínica, etc.).

Relaciones funcionales

Dada su proyección exterior de todo el personal del hospital que requiera y personal externo al hospital, no es un área que necesite localización específica.

AREA DE INVESTIGACIÓN

Función

Zona destinada a la investigación llevada a cabo en el Hospital de Eivissa.

Relaciones funcionales

Dada su naturaleza no es un área que necesite localización específica.

BILIOTECA DEL PERSONAL

Función

Biblioteca interna destinada al personal propio del centro, constará de diferentes espacios debidamente diferenciados.

Relaciones funcionales

Relacionada funcionalmente con el área de docencia así como con el área de investigación.

SALÓN DE ACTOS

Función

Tiene una superficie total aproximda de **400 metros cuadrados**. Será coordinado desde la secretaria del área de docencia.

PROGRAMA FUNCIONAL

NUEVO HOSPITAL

DE EIVISSA

Capítulo 3: Diseño funcional

Parte II

Áreas analizadas:

- Dirección del Hospital……pag 3

- Área de Soporte Logístico……pag 10
- Área de Soporte al Personal……pag 15
- Área de Servicios Generales……pag 22
- Área de Atención a los Usuarios……pag 27
- Área de Instalaciones Técnicas……pag 34

DIRECCION DEL HOSPITAL

Área dedicada al trabajo administrativo y de gestión llevado a cabo en el hospital. Conformada por la agrupación de despachos y zonas de apoyo que permitan desempeñar las funciones de dirección y administración del centro.

Esta área del hospital engloba las siguientes **unidades**:

- Dirección
- Administración
- Ingeniería y mantenimiento
- Área de Técnicos

AREA DE DIRECCIÓN

Función

Conformada por la agrupación de despachos que alojan el personal directivo y de apoyo.

Entre otras, las actividades que realiza esta unidad son:

- Representación del hospital ante la población, organismos públicos y medios de comunicación.
- Dirección, planificación, gestión y control (con asistencia de la unidad de gestión administrativa) de las tareas que se desarrollan en el hospital.

- Relaciones institucionales con otros estamentos sanitarios.
- Integración de las actividades sanitarias, sociales, y económicas del hospital en planes de actuación coherentes con la función o misión asignada al mismo.

La unidad de dirección incluirá las siguientes direcciones:

- Dirección gerencia
- Dirección medica
- Dirección de enfermería
- Dirección de gestión
- Staff de apoyo

El área deberá estar dotada de suficientes zonas de espera y salas de reuniones o multiusos.

Los espacios físicos estarán dotados de recursos informáticos y de seguridad suficientes de acuerdo a las funciones desarrolladas.

Relaciones funcionales

Se trata de una zona de muchas circulaciones tanto de personal interno como externo al centro. La relación funcional será más fuerte con las unidades similares como la unidad de administración, gestión, mantenimiento y en general el staff de dirección que se conforma en el centro hospitalario. Por tanto, deberán estar próximas entre si todas las unidades incluidas en el “Área de dirección”.

AREA DE ADMINISTRACIÓN

Función

Su función es agrupar las áreas que desarrollan principalmente funciones de carácter administrativo, y otras funciones de carácter logístico. Las actividades que realiza esta unidad son:

- Asistencia a la unidad de dirección en sus tareas de gestión y planificación.
- Supervisión, control y apoyo administrativo a los distintos servicios que componen el hospital.
- Relaciones con proveedores externos al hospital.
- Prestación de servicios centrales útiles a todo el conjunto del hospital, en particular en cuanto a la gestión de servicios como personal, nominas, contabilidad, …

Las funciones administrativas de esta unidad ofrecen soporte para la correcta administración y gestión del centro, así como de servicio al personal que integra el mismo.

Relaciones funcionales

La unidad de gestión administrativa se encontrará próxima a la unidad de dirección

AREA DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO

Funcion

Unidad encargada de garantizar los aspectos relacionados con las siguientes actividades, entre otras:

- Mantenimiento de la urbanización y edificación del hospital
- Trabajos de reparación de obras
- Programas de mantenimiento preventivo
- Confección y mantenimiento del inventario e historial actualizado de las instalaciones y equipos asignados.
- Condiciones de contratación externa de ciertos oficios especializados.
- Programa s de formación continuada para el personal.
- Mantenimiento de equipos médicos.

Como **criterios generales de organización** del área de Servicios Generales tenemos:

- Gestión eficiente y segura de residuos.
- Área específica de dispensación farmacéutica ambulatoria.
- Eficiencia energética.
- Empleo de un alto grado de energía renovable.
- Consumo de agua con reutilización de aguas pluviales y aguas grises con sistemas de tratamiento de aguas.
- Centrales de Osmosis.
- Servicios Logísticos agrupados/cercanos para optimizar circuitos de aprovisionamiento y soporte.

Relaciones funcionales

Por sus funciones, debería situarse cercano a la dirección y a la administración del hospital, con fácil acceso al área logística.

AREA DE TECNICOS

Función

Zona destinada a trabajo multidisciplinar: administrativo, informático, etc.

Se trata de un área dedicada a despachos y zonas comunes de trabajo, con posibilidad de panelización y capacidad de crecimiento.

Relaciones funcionales

Su relación funcional será básicamente con la dirección y gestión del centro. Por ello, su situación será cercana a este.

AREA DE SOPORTE LOGÍSTICO

El área de soporte logístico agrupa las unidades funcionales que ofrecen servicios auxiliares a la actividad asistencial. Se trata fundamentalmente de servicios con un componente logístico muy importante y unas necesidades de espacio y crecimiento cuantiosas.

Dada su actividad auxiliar a los servicios asistenciales, sus necesidades espaciales y su gran volumen de circulaciones (exteriores e interiores), no precisan localización específica, por tanto, es recomendable su localización fuera de las dependencias nucleares del hospital.

Esta área del hospital engloba las siguientes **unidades**:

- Almacén
- Archivos
- Esterilización
- Cocinas
- Mortuorio

Se tendrá en cuenta la posible gestión externa de Servicios Logísticos.

Relaciones funcionales:

- Unidad de gestión administrativa
- Área de Control de Gestión

ALMACEN

Función

Área dedicada a la gestión de abastecimiento de productos. Se trata de una zona de almacenamiento tanto de productos sanitarios como no sanitarios, tiene la función logística de garantizar el suministro de bienes de forma eficiente a las distintas unidades.

Será una zona eminentemente logística, dotado de instalaciones adecuadas y permitiendo un sobredimensionamiento si fuera necesario.Tendrá sistemas automáticos de almacenamiento y paletización.

Este servicio estará diseñado con sistemas actuales que permitan una correcta gestión logística (trazabilidad).

Relaciones funcionales

El almacén central estará situado en una zona independiente, por su amplitud y necesidades de tráfico de materiales voluminosos debe tener una comunicación directa para la entrada de suministros a sus dependencias.

De la misma forma, la comunicación del almacén con las dependencias centrales del hospital deberá ser directa a través de pasillo logístico que no entorpezca la actividad normal del centro hospitalario y que no de mala imagen a los usuarios del centro.

ESTERILIZACION

Función

La Central de Esterilización es la encargada de procesar todo el material de uso estéril con capacidad de reutilización. Lo que se indica a continuación estará condicionado por si definitivamente se centraliza en Valdecilla la esterilización de toda la red.

Afecta por tanto al instrumental quirúrgico, al material textil de protección de profesionales y al de uso como campos quirúrgicos, así como otro diverso material estéril.

Igualmente gestiona distinto material estéril de un solo uso.

Las distintas zonas que configuran la Central: sucio, limpio y almacén deben estar separadas y entre sucio y limpio ha de conformarse una barrera sanitaria, por lo que las lavadoras han de ser de doble puerta y el paso de personal se hará a través de esclusa

Las autoclaves pueden ser indistintamente de una o de dos puertas. El vapor puede igualmente ser de producción centralizada o generado en planta, pero será de suficiente calidad para los procesos

Si se utiliza Óxido de etileno como agente esterilizador para material termosensible, la instalación debe hacerse separada de las instalaciones de autoclaves, en depresión, y

deberá instalarse un catalizador con salida al exterior. Igualmente se instalará un sistema de alarma de detección de presencia de dicho óxido.

Deberá existir una zona para realización de pruebas biológicas y almacenaje de resultados de los parámetros de los distintos ciclos de esterilización

La Central deberá dotarse del software correspondiente que permita la trazabilidad de los materiales esterilizados.

Relaciones funcionales

Se ha estimado hasta hace algunos años que existía una fuerte relación funcional de la Central de Esterilización con la zona quirúrgica.

Nuestra opinión, coincidente con otros expertos, es contraria. En realidad el proceso de esterilización es totalmente industrial y por tanto más eficiente en un entorno distinto del quirúrgico, donde por otra parte condiciona mucho espacio.

Si consideramos adecuado relacionarla con el almacén de lencería, adonde llegará el textil limpio de lavandería. Esta proximidad facilitará que en el mismo proceso se sirva a la Central el textil que ha de esterilizarse.

La circulación horizontal entre Central y núcleo se realizará por un pasillo logístico y la vertical por los ascensores, liberados para estos efectos y con separación de sucio y limpio.

COCINAS

Función

Los servicios hosteleros del hospital precisan de un área específica donde realizar sus actividades para prestar un servicio adecuado a las zonas donde se precise. El bloque de hospitalización, así como todas las demás áreas que puedan precisar estos servicios, como urgencias, hospital de día, etc.… deberá contar en su diseño con una zona específica que reúna en un espacio todas las dependencias de interconexión entre los usuarios y los servicios hosteleros.

La cocina debe ser centralizada y se han de tener en cuenta específicamente en el diseño todos los factores que puedan influir en la distribución: distancia a las unidades, transporte horizontal y vertical y zona de servicios.

Relaciones funcionales

El servicio de alimentación distribuye a las unidades de hospitalización, hospital de día y urgencias principalmente.

La cocina debe estar situada de forma que la distribución sea rápida, fácil y cómoda; contando para ello con ascensores/montacargas para la comunicación vertical.

AREA DE SOPORTE AL PERSONAL

Área configurada como compendio de servicios cuya finalidad será la de dar soporte al personal interno del centro hospitalario, es decir, todas aquellas actividades organizativas y de apoyo al personal laboral.

Esta área del hospital engloba las siguientes **unidades**:

- Residencia de médicos
- Zona de vestuarios
- Organizaciones sindicales
- Servicios Religiosos
- Centro de mandos intermedios
    - Jefe de personal subalterno
    - Jefe de turno
    - Zona administrativa de Supervisores

AREA DE RESIDENCIA DE MÉDICOS

Función

Zona destinada al descanso del personal de guardia, compuesta por una zona en la que dicho personal pueda “aislarse” de la actividad hospitalaria.

Para ello, estará libre de circulaciones del resto del personal, así como de ruidos,…tendrá un aspecto más hotelero que hospitalario y estará formada de habitaciones individuales con baño y una sala común de televisión, revistas,…en general una zona de esparcimiento y descanso.

Relaciones funcionales

Dada la función que desarrolla el personal que se encuentra en esta área, su relación funcional será básicamente con el área de urgencias, REA, UCI y bloque quirúrgico.

ZONA DE VESTUARIOS

Función

Su función es centralizar la zona de vestuarios precisa para el personal sanitario y no sanitario.

Contará con espacio suficiente para el cambio de ropa del personal, deposito de enseres particulares en taquillas individualizadas, y estará dotado de servicios higiénicos.

La zona de vestuarios del personal quirúrgico está excluida de esta zona, teniendo un área propia en la zona anexa al bloque quirúrgico.

Se estima que la capacidad de los vestuarios ha de ser para un mínimo de 600/550 personas, con taquillas individualizadas. Se preverá espacio diferenciado para vestuario de personal eventual y de estudiantes (el 5 % de total de las taquillas). Los vestuarios tendrán una capacidad no superior a 100 taquillas cada uno, diferenciadas por sexo, y se ajustarán a la normativa legal vigente. Para su dimensionamiento se tendrá en cuenta a la hora del cálculo los tres turnos del personal, dimensionándolos para el mayor, el turno de mañana que representa aproximadamente el 60%. Se habilitará una parte de las taquillas a contratas externas del hospital, como puede ser el servicio de limpieza, espacio diferenciado del personal interno del centro.

Relaciones funcionales

Zona con circulación intensa de personal interno, por ello, su ubicación debe tener entrada independiente del exterior, preferiblemente cercano al parking o dotado de comunicación directa con éste.

ORGANIZACIONES SINDICALES

Función

Zona administrativa destinada al trabajo sindical.

En el hospital de Eivissa actualmente se cuenta con siete centrales sindicales, lo que implica la necesidad de un área propio que permita tanto el trabajo individual de cada central como el colectivo o multidisciplinar.

Relaciones funcionales

Dada su interacción con todo el personal interno del centro hospitalario su ubicación debe ser próxima a este, deberá estar dotado de suficiente espacio para atender a las personas que lo requieran así como salas de espera y de reunión que permitan un trabajo diario agradable.

SERVICIOS RELIGIOSOS

Función

Su función es ofrecer el apoyo espiritual a los pacientes y familiares que lo soliciten. Dispondrá de un despacho para la administración del servicio y una capilla de culto.

Relaciones funcionales

Dada su interacción con los pacientes y familiares, su ubicación debe ser cercana a estos. Estará situado en una zona con fácil comunicación con el área de pacientes ingresados, hospital de día, urgencias y mortuorio.

CENTRO DE MANDOS INTERMEDIOS

Función

Espacio de trabajo administrativo, con espacios comunes, formado por las siguientes **unidades**:

- Jefe de personal subalterno
- Jefe de turno
- Zona administrativa de Supervisores

JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO

Espacio dedicado a los trabajos administrativos llevados a cabo por el jefe de personal subalterno. Para ello, tendrá una sala dotada de equipamiento informático, y habilitada para recibir visitas.

Relaciones funcionales

Dada su interacción con el personal laboral su ubicación debe ser cercana a este.

JEFE DE TURNO

Despacho destinado a los trabajos administrativos desarrollados por el jefe de turno. Para ello, tendrá una sala dotada de equipamiento informático, y habilitada para recibir visitas.

Relaciones funcionales

Dada su interacción con el personal laboral su ubicación debe ser cercana a este.

ZONA ADMINISTRATIVA DE SUPERVISORES

Zona destinada a los trabajos administrativos desarrollados por los supervisores. Para ello, tendrá una sala dotada de equipamiento informático, y habilitada para recibir visitas. Se compondrá un área especifica de trabajo compuesto por despachos y salas de reuniones y/o multiusos. Ambiente agradable y, en lo posible, alejado de circulaciones de personal externo.

Relaciones funcionales

Dada su interacción con el personal interno del hospital su ubicación debe ser cercana al lugar de trabajo de estos.

AREA DE SERVICIOS GENERALES

El área de servicios generales ha sido configurada como la agrupación de unidades eminentemente logísticas que confluyen en el centro. El denominador común de estas unidades será la interacción de las mismas por prácticamente todas las dependencias del hospital.

Esta área del hospital engloba las siguientes **unidades**:

- Servicio de limpieza
- Zona ropa sucia
- Zona de residuos

- Taller de mantenimiento de electromedicina

SERVICIO DE LIMPIEZA

Función

Tiene como objetivo el mantenimiento de las condiciones de higiene y limpieza del edificio, que en un hospital precisa niveles de excelencia. Se aplicarán las técnicas adecuadas en cada una de las diferentes áreas hospitalarias que exigen los distintos sistemas de limpieza, asegurando una organización que permita el cumplimiento de dicho objetivo de forma continuada ante cualquier situación o momento.

Existirá una zona centralizada destinada al personal de limpieza, así como los locales de apoyo que sean necesarios. Se ubicará cerca de las áreas donde se sitúen los servicios generales del hospital y tendrá buen acceso a todas las unidades de limpieza. En cada unidad, como ya se ha descrito, existirán salas destinadas a los útiles de limpieza.

Relaciones funcionales

Habitualmente externalizado, el servicio de limpieza funciona de una forma centralizada y autónoma.

Sus dependencias tendrán entrada directa a través del pasillo logístico. Mediante el mismo, entran los suministros necesarios y se evacuan los residuos.

La comunicación del personal de limpieza será vertical con todos los niveles del hospital.

ZONA ROPA SUCIA

Función

Zona destinada a la recepción de ropa sucia proveniente de las diferentes unidades y plantas. Para su circulación interna, en diferentes zonas del hospital, estará instalado el correspondiente tubo neumático de envío de ropa sucia.

La zona destinada a la recepción de dicho material se localiza en el sótano, aquí se emplazan los equipamientos de recepción del tubo neumático, por medio del cual, se recibe la ropa. A continuación son evacuados del centro hospitalario a través del pasillo logístico habilitado a este efecto.

Relaciones funcionales

Las instalaciones correspondientes a esta unidad se deberán situar en la zona de servicios generales, adyacente al pasillo logístico y con comunicación directa al exterior para la salida del material sucio.

ZONA DE RESIDUOS

Función

Existirá una unidad encargada de la gestión de los residuos generados en el hospital, teniendo en cuenta que se diferenciarán los residuos comunes asimilables a urbanos (reciclables y no reciclables) y los residuos biológicos. La recogida se realizará por tubo neumático de acero inoxidable. Los residuos producidos por alimentación y hostelería se ubicarán en una zona próxima al área de servicios generales, y podrán trasladarse en contenedores al área de evacuación de residuos (pasillo logístico). Para todo ello, se tendrá en cuenta la legislación existente.

Relaciones funcionales

Los residuos son generados en muy distintos puntos del centro, por ello, deben ser trasladados hasta las dependencias habilitadas para su gestión y evacuación. Para ello, se le dota a este servicio de un local en la zona de servicios generales, la zona destinada a la recepción de dichos residuos se localiza en el sótano, aquí se emplazan los equipamientos de recepción del tubo neumático, por medio del cual, se reciben los residuos (Urbanos o RSAU) de las diferentes zonas del hospital. A continuación dichos residuos son evacuados del centro hospitalario a través del pasillo logístico habilitado a este efecto. Adyacente al pasillo logístico y con comunicación directa mediante pasillo subterráneo al almacén de residuos, situado fuera de las dependencias del hospital.

TALLER DE MANTENIMIENTO DE ELECTROMEDICINA

Función

El servicio de mantenimiento de los equipamientos electromédicos del centro, tendrá como objetivo el conservar en perfecto estado de funcionamiento y condiciones de servicio las instalaciones, equipos y demás componentes, para lo que se llevará a cabo un mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos.

Para ello deberá estar dotado de espacio diáfano destinado al trabajo llevado a cabo por el personal dedicado al mantenimiento de los equipos con los que cuenta el hospital, dicho espacio estará dotado de las instalaciones adecuadas, conexiones telefónicas e informáticas y sistemas antiincendios.

Relaciones funcionales

Servicio funcionalmente autónomo, deberá localizarse en el área destina a servicios generales del hospital, con entrada directa del exterior a través del pasillo logístico. La comunicación con el resto del hospital será vertical mediante ascensores y/o montacargas.

El traslado de los equipos deberá hacerse de forma que no obstaculice el normal funcionamiento del centro

AREA DE ATENCION A LOS USUARIOS

Bajo este epígrafe se agrupan las unidades hosteleras dedicadas a la prestación del servicio de cafetería y zonas comerciales complementarias, ya sea para el usuario **externo** (pacientes familiares, visitantes, etc.) o **interno** (personal laboral del centro).

Esta área del hospital engloba las siguientes **unidades**:

- Cafetería pública
- Cafetería del personal
- Hall y zona comercial
- Aparcamiento

CAFETERIA PÚBLICA

Función

La cafetería al público tiene la misión de proveer el servicio de alimentación a los usuarios y visitantes del centro hospitalario, además de servir de lugar de encuentro.

La cafetería debe proporcionar un servicio hostelero de alta calidad y en su diseño deben tenerse en cuenta los distintos usuarios y sus distintas necesidades. La cafetería debe ofrecer un lugar de encuentro agradable de utilizar incluso en periodos prolongados.

Relaciones funcionales

Habitualmente explotada por personal externo, la cafetería al público será una unidad funcional autónoma y diferenciada.

Es una zona de confluencia de personas de toda índole, dada su función como lugar de encuentro, su situación debería ser próxima a la entrada principal del hospital, cercano a urgencias, y a admisión, zonas con circulaciones de personal externo muy cuantiosas.

CAFETERIA PERSONAL

Función

La cafetería de personal tiene la misión de proveer el servicio de alimentación al personal laboral del centro, así como lugar de encuentro de médicos y personal del hospital.

La cafetería debe ofrecer un lugar de encuentro agradable de utilizar y debe cuidar el diseño de los menús, satisfaciendo las necesidades de diferente tipología de persona.

Relaciones funcionales

Habitualmente explotada por personal externo, la cafetería al público será una unidad funcional autónoma y diferenciada.

Dada su condición de cafetería de personal del hospital su localización debe ser cercana al lugar de trabajo de los profesionales del centro.

El suministro de productos, tanto alimenticios como de cualquier consideración entrarán a la cocina vía montacargas vertical, desde el pasillo logístico del sótano hasta las dependencias de dicha cafetería. La salida de residuos se hará mediante tubo neumático habilitado al efecto con recepción en la zona de residuos del sótano, desde allí, salida por pasillo logístico hasta zona de gestión de residuos situada fuera de las dependencias del centro.

HALL Y ZONA COMERCIAL

Función

Entrada principal del hospital, en él se sitúa una zona de distribución de espacios donde confluyen: cafetería, sala de prensa, oficina bancaria y admisión.

Relaciones funcionales

Zona de espera de pacientes y familiares, dotada con espacios abiertos y zonas de descanso, así como la suficiente dotación de aseos.

APARCAMIENTO

Función

La accesibilidad al nuevo Hospital Can Misses queda garantizada. La urbanización del recinto permitirá la circulación interna del transpote, acceso a hospitalización, así como acceso a los medios de protección civil.

Se plantean diferentes acceso desde el exterior de la parcela, considerando las condiciones topográficas de la misma y los diferentes equipamientos a desarrollar en ella relacionados con la instalación.

Relaciones funcionales

El Hospital dispondrá de accesos segregados para los siguientes usos:

- Área ambulatoria
- Hospitalización
- Urgencias
- Rehabilitación
- Personal
- Suministros

- Instalaciones

En zonas próximas a los accesos, se localizarán áreas de aparcamientos con posible conexión directa con las zonas de acceso interno, dimensionados en función de los usuarios establecidos en cada unidad funcional.

Tanto la urbanización exterior como la edificación deben las normas establecidas de accesibilidad que aseguren el acceso y movilidad de los discapacitados (físicos, psíquicos y sensoriales) a todos los servicios del hospital, consideran el concepto de cadena de recorrido de accesibilidad.

El Hospital deberá contar con un helipuerto que cumpla con lso requisitos técnicos establecidos por Aviación Civil, destinado al traslado de pacientes urgentes así como de órganos relacionados con transplantes. El helipuerto debe encontrarse bien comunicado con las zonas de urgencias y UCI.

AREA DE INSTALACIONES TÉCNICAS

Bajo este epígrafe se agrupan las unidades generadoras de suministro de energía, agua, climatización dedicadas a la prestación de los servicios centrales del centro).

Esta área del hospital se organiza conforme a los siguientes criterios:

- Se plantea la posibilidad de comprar la energía, como un servicio más que como un suministro, necesaria para el funcionamiento del hospital. Este supuesto implica la instalación y gestión independiente de las centrales de instalaciones, correspondiendo al hospital la supervisión y control de las mimas.

- Las instalaciones centrales deben cumplir con las diferentes normativas que les sean aplicables en el momento de entrada en funcionamiento del hospital.

- Se establece, como criterio general, el ahorro energético en la elección de los equipos e instalaciones.

Organización física del área

Las centrales de instalaciones se ubicarán en un edificio independiente del asistencial, garantizando las condiciones de seguridad, funcionamiento, ambientales y de accesibilidad desde el exterior.

Debe existir un canal específico y segregado del resto, destinado a la distribución de conductos para el transporte de fluidos, gases y otros productos desde las centrales de instalaciones hasta las diversas unidades que integran el hospital.

Dentro de la dependencia de **electricidad** se encontrarán:

- Centros de Transformación
- Cuadro general de baja tensión
- Grupos electrógenos de emergencia
- Sistema de alimentación interrumpida

Dentro dela dependencia de **central de gases medicinales** se encontrará:

- Central de gases y central de producción de vacío

Dentro de la dependencia de **central hídrica y de tratamientos de agua** se encontrará:

- Grupos de presión de agua sanitaria e incendios
- Aljibes compartimentados, para agua potable e incendios
- Descalcificadota y cloración

Dentro de la dependencia de **central de frío** se encontrará:

- Grupos de frío

Dentro de la dependencia de **central de calor** se encontrará:

- Calderas y acumuladores

Dentro de la dependencia de **depósitos de combustible** se encontrará:

- Depósito de combustible alternativo de gas natural

Dentro de las **instalaciones de tubos neumáticos** se encontrará:

- Locales soplantes

La **central de comunicaciones** se encontrará ubicada en el edificio hospitalario.

- Locales soplantes

Dentro de la **Central de protección contra incendios** se encontrará:

- Supervisión y control: central de alarmas

Dentro de la **Central de gestión de instalaciones** se encontrará:

- Supervisión y gestión técnica de sistemas e instalaciones ubicada en el departamento técnico.

Govern
de les Illes Balears
Servei de Salut

PROGRAMA FUNCIONAL

NUEVO HOSPITAL

Anteproyecto de Construcción y Explotación del nuevo Hospital Can Misses y dos centros de salud vinculados al mismo

Govern
de les Illes Balears
Servei de Salut

DE EIVISSA

Resumen de Superficies

11. RESUMEN DE SUPERFICIES

	Sup Constr
NUCLEOS - CASETONES	496
	496
HOSPITALIZACIÓN MÓDULO 1 (2 convencionales) + BIBLIO PAC	2.813
HOSPITALIZACIÓN MÓDULO 2 (2 convencionales)+ BIBLIO PAC	2.813
CIRCULACION	188
TERRAZAS (computa 50% superficie)	275
	6.089
HOSPITALIZACIÓN MÓDULO 3 (2 convencionales) + BIBLIO PAC	2.813
HOSPITALIZACIÓN MÓDULO 4 (neonatología + pediatría+obstetricia) + BL. OBSTETRICO	2.813
CIRCULACION	304
TERRAZAS (computa 50% superficie)	275
	6.205

AREA TECNICOS	551
SEGURIDAD	124,42
SUBCENTRAL	381
INSTALACIONES CUBIERTAS (computa 50% superficie)	2.029
CIRCULACION	1.401
NUCLEOS	353
	4.839

LABORATORIO, AUTOPSIAS, BANCO SANGRE	1.935
GABINETES GENERALES	1.814
CAFETERIA PERSONAL	387
AUDITORIO, AT. PACIENTE, ADMISION (oficinas)	811
UCI	1.402
DIAGNOSTICO POR IMAGEN	2.140
URGENCIAS	1.995
BLOQUE QUIRURGICO	2.634
CIRCULACION	922
	14.039

HEMODIALISIS, HOSPITAL DE DIA MEDICO	1.935
CONSULTAS EXTERNAS	1.814
CAFETERIA PUBLICO	436

VESTIBULO, ADMISION, SALA CULTOS		802
REHABILITACION		1.415
HOSPITALIZACIÓN MÓDULO 6 (psiquiatria), HOSPITAL DIA PSIQUIATRICO		2.150
CUARTOS INSTALACIONES		179
CIRCULACION		922
NUCLEOS		207
		9.860
RADIOTERAPIA (reserva)		351
GABINETES CENTRALES		1.822
CUARTOS INSTALACIONES		283
		2.455
CENTRAL ENERGETICA		1.869
	INSTALACIONES	**1.869**
EDIFICIO NUEVO AMPLIACION		
	SUBTOTAL	**45.853**

DIRECCION	489
ADMINISTRACION	661
CIRCULACION	74
CUARTOS INSTALACIONES	145
CENTRO DE SALUD	868
	2.238

INVESTIGACION, DOCENCIA, BIBLIOTECA	744
CENTROS MANDOS INTERM, MED. PREVENTIVA, ING Y MANTENIMIENTO	592
CIRCULACION	148
CUARTOS INSTALACIONES	34
CENTRO DE SALUD	868
	2.387

ESTERILIZACION (reserva)	493
SINDICATOS	202
RESIDENCIA MEDICOS	410
LIMPIEZA	197
CIRCULACION	187
CUARTOS INSTALACIONES	220

CENTRO DE SALUD	404
	2.114
ALMACEN (reserva)	2.403
FARMACIA	722
TALLERES	366
VESTUARIOS	146
COCINA	712
CIRCULACION	179
CUARTOS INSTALACIONES	331
	4.859
RESIDUOS	185

EDIFICIO ACTUAL REFORMADO		
	SUBTOTAL	**11.782**
SUPERFICIE CONSTRUIDA EDIFICABLE		
	COMPUTABLE	**57.634**

SUPERFICIE CONSTRUIDA EDIFICABLE	
NO COMPUTABLE (Aparcamiento)	21.521

SUPERFICIE CONSTRUIDA EDIFICABLE	
TOTAL	79.155

TOTAL SUPERFICIE DISPONIBLE (futuro sociosanitario)	9.468