

## ESTUDI CONJUNT DELS DEFENSORS DEL POBLE

DEFENSOR DEL POBLE  
DEFENSOR DEL POBLE ANDALÚS  
SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA  
VALEDOR DO POBO  
DIPUTAT DEL COMÚ  
ARARTEKO  
EL JUSTÍCIA D'ARAGÓ  
SÍNDIC DE GREUGES DE LA C. VALENCIANA  
PROCURADOR DEL COMÚ  
DEFENSOR DEL POBLE DE NAVARRA

# Les urgències hospitalàries en el Sistema Nacional de Salut: drets i garanties dels pacients

Madrid, gener de 2015

Es permet la reproducció total o parcial del contingut d'esta publicació,  
sempre que se'n cite la procedència. En cap cas podrà ser amb finalitats lucratives.

© Defensor del Poble  
Eduardo Dato, 31 – 28010 Madrid  
[www.defensordelpueblo.es](http://www.defensordelpueblo.es)

Depòsit legal:  
ISSN: 2254-3910

Impressió:

**Este estudi sobre *Les urgències hospitalàries en el Sistema Nacional de Salut: drets i garanties dels pacients* ha estat elaborat, conjuntament, per les institucions espanyoles de defensors del poble: Defensor del Poble; Defensor del Poble Andalus; Síndic de Greuges de Catalunya; Valedor do Pobo (Comunitat Autònoma de Galícia); Diputat del Comú (Comunitat Autònoma de Canàries); Ararteko (Comunitat Autònoma del País Basc); El Justicia d'Aragó; Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana; Procurador del Comú de Castella i Lleó i Defensor del Poble de Navarra.**

**Gener de 2015**



## Sumari

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Sigles utilitzades en l'estudi</b>   | <b>7</b>  |
| <b>1 Objecte i metodologia</b>  | <b>9</b>  |
| <b>2 Context de les urgències hospitalàries</b>                               | <b>14</b> |
| 2.1 Freqüentació de les urgències hospitalàries. L'impacte de la cronicitat   | 14        |
| 2.2 Configuració i funcionament dels servicis hospitalaris d'urgències        | 17        |
| <b>3 Drets i garanties implicats en l'assistència en urgències</b>            | <b>22</b> |
| 3.1 Condicions i efectivitat del dret a la protecció de la salut en urgències | 22        |
| 3.1.1 Mitjans materials   | 23        |
| 3.1.1.1 Estructura i mitjans tècnics  | 24        |
| 3.1.1.2 Classificació de pacients. Triage                                     | 26        |
| 3.1.1.3 Sistemes d'informació. Coordinació entre nivells assistencials        | 28        |
| 3.1.2 Recursos humans   | 30        |
| 3.1.2.1 Dotació i qualificació  | 30        |
| 3.1.2.2 Metges interns residents. Formació i supervisió en urgències          | 33        |
| 3.2 Dignitat i intimitat  | 34        |
| 3.2.1 Qüestions generals  | 34        |
| 3.2.2 Situacions de saturació   | 36        |
| 3.3 Autonomia de la voluntat i dret a la informació                           | 39        |
| 3.3.1 Consentiment informat   | 39        |
| 3.3.2 Instruccions prèvies  | 42        |
| 3.3.3 Informació clínica  | 42        |
| 3.4 Seguretat dels pacients   | 43        |
| <b>4 Atenció a persones en situació vulnerable</b>                            | <b>49</b> |
| 4.1 Persones immigrants en situació irregular                                 | 49        |
| 4.1.1 Compromís de pagament i facturació de l'assistència d'urgència          | 52        |
| 4.1.2 Garantia de la continuïtat assistencial                                 | 54        |
| 4.2 Atenció i acompanyament a persones en situació de fragilitat              | 55        |
| 4.2.1 Menors d'edat   | 56        |
| 4.2.2 Majors amb dèficit cognitiu   | 58        |
| 4.2.3 Les persones amb malaltia mental  | 59        |
| 4.2.4 Les persones amb discapacitat   | 60        |
| 4.2.5 Els malalts amb patiments crònics                                       | 61        |
| 4.3 Atenció a persones amb indicis de risc o conflicte                        | 62        |
| 4.3.1 Detecció de situacions de maltractament                                 | 62        |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.3.2 Situacions de risc social   | 63        |
| 4.4 Persones en custòdia  | 65        |
| <b>5 La qualitat com a exigència i garantia del servici</b>   | <b>67</b> |
| 5.1 Qualitat i pràctica professional  | 68        |
| 5.1.1 Pràctica professional   | 68        |
| 5.1.2 La qualitat i l'acreditació dels servicis d'urgències   | 70        |
| 5.2 Avaluació de les reclamacions i dels suggeriments   | 72        |
| 5.2.1 Funcionament del sistema de reclamacions i suggeriments. Visió dels agents implicats                | 74        |
| 5.2.2 Taxonomia de reclamacions i suggeriments. Aspectes objecte de reclamació més freqüent               | 76        |
| 6 Conclusions   | 78        |
| <b>ANNEXOS</b>  | <b>85</b> |
| <b>Annex I. Llista oberta de qüestions que cal considerar en les jornades preparatòries d'este estudi</b> | <b>85</b> |
| <b>Annex II. Participants en les jornades de treball preparatòries de l'estudi</b>                        | <b>97</b> |

### **Sigles utilitzades en l'estudi**

|                |  |
|----------------|--|
| <b>AECC</b>    | <b>Associació Espanyola contra el Càncer</b>   |
| <b>CE</b>      | <b>Constitució espanyola</b>   |
| <b>CEAFA</b>   | <b>Confederació Espanyola d'Associacions de Familiars de Persones amb Alzheimer i altres Demències</b> |
| <b>CI</b>      | <b>Consentiment informat</b>   |
| <b>EFQM</b>    | <b>Model Europeu d'Excel·lència</b>  |
| <b>ENEAS</b>   | <b>Estudi Nacional sobre els Efectes Adversos</b>  |
| <b>IMSERSO</b> | <b>Institut de Majors i Servicis Socials</b>   |
| <b>IOM</b>     | <b>Institute of Medicine [Institut de Medicina]</b>  |
| <b>JCAHO</b>   | <b>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</b>                                   |
| <b>MAT-SET</b> | <b>Model Andorrà de Triage</b>   |
| <b>MIR</b>     | <b>Metge intern resident</b>   |
| <b>MTS</b>     | <b>Escala Mánchester de Triage</b>   |
| <b>OMS</b>     | <b>Organització Mundial de la Salut</b>  |
| <b>SNS</b>     | <b>Sistema Nacional de Salut</b>   |
| <b>SUH</b>     | <b>Servicis hospitalaris d'urgències</b>   |
| <b>TIC</b>     | <b>Tecnologies d'informació i comunicació</b>  |





## 1 OBJECTE I METODOLOGIA

La Constitució estableix, en l'article 43, un elenc de tasques per als poders públics vinculades al reconeixement del dret a la protecció de la salut que el propi precepte conté. La ubicació constitucional del precepte entre els principis rectors de la política social i econòmica li restaria no poca força si no fóra per la seua estreta vinculació amb un altre dret, este sí pròpiament amb la consideració de fonamental, com és el dret a la vida i la integritat física, consagrat en l'article 15 de la norma fonamental. Així ho ha assenyalat el Tribunal Constitucional diverses vegades, en especial en les sentències 35/1996, FJ 3; 119/2001, FJ 6, i 5/2002, FJ 4.

La rellevància i multiplicitat d'estes tasques que concernixen els poders públics, juntament amb l'amplitud de la població que cal atendre, han donat lloc en el nostre sistema d'organització territorial a la generació d'unes estructures complexes —que en el primer escaló comprenen 17 servicis de salut i una entitat gestora, a més de les facultats que manté l'Administració General de l'Estat en virtut de l'article 149.1.16.a de la Constitució—, que en conjunt tenen una grandària notable i impliquen unes necessitats de despesa molt quantioses. Tot això és coherent amb la importància que els ciutadans concedixen a les polítiques sanitàries, entre les polítiques públiques sectorials<sup>1</sup>.

Per a les institucions defensores dels drets ciutadans, esta rellevància es tradueix en la generació d'un important nombre de queixes vinculades a la gestió de la salut en els termes més amplis. Estes queixes se centren, des de la perspectiva quantitativa, en aspectes com ara les llistes d'espera per a la realització d'intervencions quirúrgiques o proves diagnòstiques, la pràctica professional, la prestació farmacèutica, els problemes amb la ubicació dels recursos i els horaris d'atenció en punts d'atenció continuada (centres de salut i servicis especialitzats), les insuficiències de la dotació de mitjans personals o el catàleg de prestacions. Específicament en l'àmbit de les urgències, el nombre més elevat de queixes està vinculat amb la saturació dels servicis i les conseqüències que això té en l'atenció als pacients, tot i que si en fem un examen atent revela una multiplicitat de qüestions subjacents.

---

<sup>1</sup> En l'ordre de percepció ciutadana d'importància dels servicis públics se cita, al capdavant, la sanitat, seguida de les pensions i l'educació. Així ho evidencien diversos informes de l'Agència Estatal d'Avaluació de les Polítiques Públiques i la Qualitat dels Servicis (AEVAL). Per tots, vegeu AEVAL, *Calidad de los servicios públicos en tiempos de austeridad*, Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, 2014, p. 41.

Quan es va plantejar la realització d'este primer estudi conjunt dels defensors del poble, es va seleccionar les urgències hospitalàries com a camp d'anàlisi per consideració a una sèrie de factors: 1) es tracta d'una àrea assistencial que viu en un escenari de constant pressió assistencial; 2) les perspectives demogràfiques sobre l'envelliment de la població i el gradual augment de les patologies cròniques apunten al fet que la demanda no es moderarà de manera substancial en el futur si no s'adopten mesures estructurals<sup>2</sup>; 3) els servicis, les àrees o unitats hospitalaris d'urgències (SUH) han experimentat en les últimes dècades canvis profunds, encara que estos no han anat acompanyats d'una reconsideració del model assistencial que millore la coherència global del sistema; 4) la ciutadania considera estos servicis una garantia molt rellevant per a l'efectivitat del seu dret a la salut; 5) la urgència és el principal motiu d'ingrés hospitalari, concretament en aproximadament el 61 per cent dels casos<sup>3</sup>, i 6) la celeritat i fins i tot l'entorn físic en què ha de produir-se l'atenció d'urgència facilita que els drets dels pacients puguin veure's soscavats.

La veritat és que les urgències tenen difícil no constituir un punt de referència bàsic i crític per al Sistema Nacional de Salut (SNS). La mateixa definició que l'Organització Mundial de la Salut (OMS) fa de la urgència —«aparició fortuïta en qualsevol lloc o activitat d'un problema de causa diversa i gravetat variable que genera la consciència d'una necessitat imminent d'atenció per part del subjecte que l'experimenta o de la seua família<sup>4</sup>»—, permet comprendre que bona part del flux d'accés a estos servicis no siga

---

<sup>2</sup> L'evolució d'alguns dels principals trastorns crònics i factors de risc mostra una tendència ascendent. *Encuesta Nacional de Salud de España* (ENSE), 2011-2012, feta pública el 14 de març del 2013. Institut Nacional d'Estadística i Ministeri de Sanitat, Servicis Socials i Igualtat. <<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm>>.

<sup>3</sup> L'*Encuesta de morbilidad hospitalaria 2013* especifica que en este concepte «es consideren els pacients amb ordre d'ingrés urgent per un facultatiu, independentment que procedisquen de l'àrea d'urgències o no», encara que no hi ha dubte que la gran majoria d'estos pacients van ingressar des dels servicis d'urgències hospitalàries. Podeu consultar: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>>.

<sup>4</sup> La mateixa OMS complementa esta definició indicant que també ha de considerar-se urgència «la patologia l'evolució de la qual és lenta i no necessàriament mortal, però que ha de ser atesa en sis hores com a màxim, per a evitar complicacions majors».

controlable per l'organització, perquè depèn en última instància de percepcions subjectives dels usuaris o de les persones pròximes a ells. La pràctica de la medicina en urgències es troba, d'altra banda, sotmesa a un escrutini major que en altres àmbits sanitaris, tant per part dels ciutadans mateixos —usuaris directes o no—, com per professionals de la salut que continuen l'assistència dels pacients quan estos passen als seus servicis.

En este context, els defensors del poble van entendre que un examen conjunt de l'aplicació pràctica dels drets i de les garanties dels pacients en els servicis d'urgències hospitalàries oferiria a estos servicis, als diversos organismes gestors, al conjunt del SNS i a la ciutadania una oportunitat per a estendre la cultura de la qualitat. Este ha de ser un dels objectius centrals de tot servici públic avançat i més, si és possible, en un que es constituïx en el primer cercle de salvaguarda del dret a la protecció de la salut.

L'aproximació d'este estudi està, per tant, delimitada a tres objectius generals que els titulars de les deu institucions participants van definir en la fase inicial del projecte: 1) identificació dels drets i de les garanties implicats en l'assistència sanitària d'urgències i estàndards d'aplicació; 2) especial consideració de l'atenció a persones en situació vulnerable; i 3) les reclamacions i els suggeriments dels ciutadans com a baròmetre del servici i com a eina per a millorar-lo.

Per a portar a terme el projecte es va constituir un equip de treball, integrat per personal de totes les institucions participants, la primera comesa del qual va ser completar un mapa de les queixes rebudes en el conjunt de les institucions. Es va entendre que l'experiència acumulada pels defensors del poble en la tramitació de queixes i la realització de visites a centres feia que la situació general fóra raonablement ben coneguda, amb la qual cosa l'estudi que s'havia d'elaborar es va centrar en una perspectiva qualitativa que partia d'aquell bagatge, les característiques generals del qual quant a problemes denunciats, disfuncions observades i dificultats per a introduir canvis en els processos van resultar àmpliament coincidents.

Sobre la base d'este *corpus* i de la revisió de la literatura disponible es va elaborar un qüestionari, destinat a preparar les jornades de treball, que es van desenvolupar amb diversos col·lectius. En el document de referència enviat als participants —comú per a les tres jornades dutes a terme— es va optar per partir d'un esbós de la configuració legal dels drets dels pacients en l'atenció en els SUH. Esta síntesi, tot i que va prescindir tant com fou possible de referències legals exhaustives, es va elaborar principalment sobre les previsions de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat; del Conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels drets humans i la dignitat del ser humà respecte de les

aplicacions de la biologia i la medicina, fet a Oviedo el 4 d'abril de 1997; i de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

També s'hi van incloure sumàries referències jurisprudencials, ja que modulen l'abast i el contingut dels drets considerats. Tot seguit, es van resumir els principals motius d'insatisfacció o de queixa rebuts i analitzats per les institucions convocants sobre cada tema abordat. En alguns epígrafs esta informació es va completar a través de consultes amb professionals sanitaris.

El resultat es va traduir en 124 qüestions, que es poden consultar en l'annex I del present estudi. No obstant això, el document de referència deixava clar que es tractava d'una llista de qüestions de caràcter obert. No es pretenia que tots els participants manifestaren la seua opinió sobre la totalitat de les qüestions, ni que totes foren tractades amb la mateixa profunditat en cada reunió. Els participants van tenir l'oportunitat de dirigir el debat cap a les qüestions que van considerar més interessants, incidir en d'altres no previstes, com també fer-hi aportacions per escrit durant la reunió o després d'esta. Per tant, l'estudi que seguix és només en part el resultat d'un model previ decidit per les institucions convocants.

El format adoptat per a les reunions va ser de caràcter sectorial, a fi de propiciar la màxima homogeneïtat dels participants en la seua aproximació als problemes examinats. La llista de persones i entitats invitades es va elaborar a partir d'aportacions de les institucions convocants, sobre la base dels principis de representativitat i pluralitat. En conjunt, participen en les jornades 61 persones, que es relacionen en l'annex II. Les jornades es van dur a terme d'acord amb l'ordre següent:

- **Jornada amb representants dels pacients i usuaris**, que va tenir lloc a Madrid, el 16 de setembre del 2014, a la seu del Defensor del Poble. Per a esta jornada, a falta d'associacions específiques de pacients d'urgències, es va optar per invitar entitats de suport a pacients amb patologies que presentaren elevats índexs de freqüentació en els servicis d'urgències, com també entitats dedicades a l'acompanyament i la defensa de persones pertanyents a col·lectius en situació vulnerable.
- **Jornada amb professionals**, que es va dur a terme a Pamplona, l'1 d'octubre del 2014, sota la presidència del Defensor del Poble de Navarra. La pràctica totalitat dels invitats a estes jornades van ser professionals sanitaris d'urgències i emergències.

- **Jornada amb representants dels gestors dels servicis de salut**, desenvolupada a Sevilla, el 20 d'octubre del 2014, l'organització de la qual va ser assumida pel Defensor del Poble Andalus. La resposta a la convocatòria enviada a les 18 administracions sanitàries territorials va ser unànimement afirmativa, per la qual cosa es va poder comptar amb la presència i participació de totes, excepció feta del Servici Aragonés de Salut, el representant de la qual no hi va poder acudir.

Estes tres jornades van donar lloc a més de 25 hores de debats, en què s'hi van fer 1.172 intervencions. Les sessions van ser enregistrades en àudio a fi de disposar d'un material de treball especialment valuós, gràcies al grau de coneixement i la implicació demostrada pels experts convocats. Perquè els participants pogueren expressar-se amb tota llibertat, es va acordar que les seues intervencions no serien objecte de publicació ni s'identificarien les seues opinions en l'estudi.

Tot partint d'este ric material i de les reflexions que este document i la resta de documents disponibles han suscitat entre les institucions compromeses en la realització d'este estudi, s'han elaborat les pàgines que segueixen. Es tracta d'efectuar un diagnòstic sobre la situació dels drets i de les garanties dels ciutadans que acudixen als servicis d'urgències hospitalàries per a, sobre esta base comuna, formular recomanacions a les diverses administracions amb el propòsit de millorar allò que haja de ser millorat.

## 2 CONTEXT DE LES URGÈNCIES HOSPITALÀRIES

### 2.1 FREQUÈNCIA DE LES URGÈNCIES HOSPITALÀRIES. L'IMPACTE DE LA CRONICITAT

L'atenció sanitària urgent a Espanya comporta un volum important en les prestacions que el Sistema Nacional de Salut posa a disposició dels ciutadans. Este volum va implicar l'any 2012 més de 26 milions de consultes en els servicis d'urgències hospitalàries, el 79,5% de les quals van ser amb càrrec a finançament públic<sup>5</sup>.

La resposta a la demanda d'ajuda sanitària urgent ha adquirit en els nostres dies una important complexitat, tant mèdica com organitzativa, que planteja un dels reptes permanents per als sistemes sanitaris públics. La interacció del ciutadà amb la prestació mèdica urgent és freqüent. D'acord amb este volum total de consultes hospitalàries d'urgència, semblaria que la meitat de la població acudix cada any a estos servicis, però de conformitat amb els resultats dels baròmetres sanitaris, les urgències hospitalàries serien utilitzades pel 15% de la població, fet que denota que hi ha persones que utilitzen estos servicis de manera recurrent<sup>6</sup>.

Per a matisar la xifra indicada, els professionals consultats van assenyalar que un 25% d'esta població és major de 65 anys, amb una o més malalties cròniques amb descompensacions, amb dades d'inadequació relativament baixes. Un percentatge molt semblant serien menors de 16 anys, en general poc consumidors de proves. Dins de l'espectre d'edat mitjana, no és menyspreable el percentatge d'usuaris amb problemes socials afegits que, en el cas dels majors, arriba quasi fins a un 40%<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Font: Ministeri de Sanitat, Servicis Socials i Igualtat, *Informe anual del Sistema Nacional de Salut*, 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS>.

<sup>6</sup> Prenent com a referència el *Barómetro Sanitario* 2013, publicat el 29 de juliol del 2014, el 28,3% de la població va utilitzar un SUH públic o privat al llarg de l'any. D'esta xifra, el 54,5% va acudir a un hospital públic. La dada és coherent amb la xifra absoluta oferida per l'*Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*, *op. cit.*, que indica que el nombre de ciutadans que va utilitzar SUH de la sanitat pública va ser de 7,9 milions. Ambdós estudis poden consultar-se en la font indicada en la nota 1.

<sup>7</sup> Veugeu més en extens: Martín-Sánchez, F. J., C. Fernández Alonso, i C. Merino, «El paciente geriátrico en urgencias», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 33, suplement 1, Pamplona, 2010; Wainberg, A. et al., «Characteristic of frequent geriatric users of an urban emergency department», *The Journal of Emergency*

Els estudis d'opinió i expectatives dels usuaris d'urgències, tal com es reflecteix en les successives enquestes de qualitat i baròmetres sanitaris, indiquen que les demandes ciutadanes estan relacionades amb la personalització de l'atenció, la informació, la intimitat, el confort, l'accessibilitat universal i, especialment per a persones amb discapacitat, la demora en l'atenció, el tracte i l'interés per part dels professionals, com també l'acompanyament familiar.

Algunes característiques generals que presenta l'atenció a urgències i emergències en els últims anys són: 1) creixement progressiu de la freqüentació, particularment amb relació a determinats grups de població; 2) problemes de coordinació amb altres servicis i entre els diversos equips d'urgències i emergències; 3) els servicis d'urgències constitueixen la via principal d'hospitalització; 4) l'activitat d'urgències condiona la gestió de llits, la programació quirúrgica, la gestió de llistes d'espera i, en els centres de salut, l'organització de l'activitat programada; 5) això anterior té com a conseqüència que un significatiu nombre de pacients pendents d'ingrés romanga en les dependències d'urgències, moltes vegades en les àrees d'observació mateixes, durant un temps superior a l'adequat; 6) tradicionalment la demanda es concentrava en horari diürn i es distribuïa de manera irregular, però actualment els professionals observen un canvi del patró de comportament, amb pics de freqüentació fins a altes hores de la nit, i 7) no existixen, o resulten heterogenis, sistemes integrats d'informació que faciliten l'intercanvi d'informació entre els distints dispositius assistencials<sup>8</sup>.

Un percentatge significatiu d'usuaris, encara que variable segons les àrees, que acudixen a les urgències hospitalàries, ho fan per iniciativa pròpia i de forma directa. Hi ha molts factors que contribueixen a explicar esta situació i que condionen l'evolució immediata dels servicis d'urgències, però dos són els més rellevants, ja que sumen més d'un 78% de les respostes: la major accessibilitat de l'hospital tant en cobertura horària

---

*Medicine*, agost 2012, vol. 43 (2), pàg. 376-381; Gray, L. C. et al., «Profiles of older patients in the emergency department: findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study», *Annals of Emergency Medicine*, novembre 2013, 62 (5), pàg. 467-474; Hogan, T. M., T. O. Olade, i C. R. Carpenter, «A profile of acute care in an aging America: snowball sample identification and characterization of United States geriatric emergency departments in 2013», *Annals of Emergency Medicine*, març 2014, 21 (3), pàg. 337-346.

<sup>8</sup> Cfr. Societat Espanyola de Medicina d'Urgències i Emergències, *Urgencias Sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora*, Granada, Escola Andalus de Salut Pública, 2003, p. 18.

com en proximitat, i la percepció que les urgències compten amb més mitjans i resolen millor el problema<sup>9</sup>.

En termes generals, s'observa una estesa opinió entre els professionals sobre que la complexitat global de l'atenció als pacients d'urgències s'ha incrementat. D'altra banda, l'atenció integral de la salut i la millora del benestar és la base del Sistema Nacional de Salut i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència. Assistim a la confirmació d'un canvi del patró epidemiològic. L'envelliment de la població porta associada una prevalença més gran de malalties cròniques amb la consegüent necessitat de cures personals per a estos pacients, tal com va predir l'OMS<sup>10</sup>. Al nostre país, entre el 25% i 33% de les famílies estan afectades per problemes de dependència, la causa més freqüent de la qual és la vellesa, acompanyada de malalties físiques o psíquiques<sup>11</sup>.

Es considera que per al 2020 les malalties cròniques seran la principal causa de discapacitat o dependència i que, una dècada més tard, la incidència en majors de 65 anys s'haurà doblat. En 2006, l'Enquesta Nacional de Salut indicava una mitjana de 2,80 problemes o malalties cròniques en persones entre 65 i 74 anys d'edat, que augmentava fins a les 3,23 per als majors de 75 anys.

A Espanya, les malalties cròniques figuren en primer lloc com a motiu de demanda assistencial en els centres sanitaris (80% de consultes d'atenció primària i 60% d'ingressos hospitalaris). Un 40% de les consultes atenen població d'edat avançada, que a més és la que necessita un percentatge més elevat de cures continuades i més recursos socials. El 50% dels llits de la xarxa hospitalària són ocupats per persones majors de 65 anys.

---

<sup>9</sup> *Barómetro sanitario 2013, op. cit.* La dada es repeteix amb lleugeres variacions en les anteriors edicions del baròmetre. Altres raons també apuntades en diversos estudis són: l'envelliment de la població, la inducció de la demanda per altres àmbits del mateix sistema sanitari, les demores existents en l'accés a l'atenció especialitzada no urgent o la percepció de no-resolució satisfactòria dels problemes considerats urgents per altres nivells assistencials.

<sup>10</sup> González-Armengol, J. J. i P. Busca Ostolaza, «Estrategia de atención al paciente crónico: papel de los servicios de urgencias», *Emergencias*, 2013, vol. 25, pàg. 343-344.

<sup>11</sup> Les dades indicades en els tres pròxims paràgrafs procedeixen del *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, Madrid, Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, Direcció General de l'Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, 2011, pàg. 8 i seg.



A més de freqüents aguditzacions de patologies, com més elevat és el nombre de processos crònics que tenen estos pacients, més s'observa en les urgències hospitalàries augment de la morbimortalitat, deteriorament de l'estat funcional, necessitat d'hospitalització o inadequada hospitalització, efectes adversos de medicaments, duplicació de proves per falta d'informació i conflictes medicolegals.

Els servicis d'urgències i emergències en el món s'han desenvolupat paral·lelament a este canvi sociosanitari. Atesa la rutina de funcionament dels centres sanitaris i l'activitat laboral ordinària que es concentra normalment en horari diürn i dies laborables, els SUH i els servicis d'emergències han esdevingut a Espanya, no solament l'únic dispositiu sanitari accessible en molts trams horaris i tots els festius, sinó, ben sovint, l'únic dispositiu social accessible. Els professionals d'estos servicis detecten un increment de la demanda que associen amb la crisi econòmica. D'estes dades es dedueix que el ciutadà ha donat a l'atenció urgent molta importància i li'n continua donant, i que hi ha un elevat grau de consens social sobre el desig d'accedir a este tipus d'atenció mèdica que li permet utilitzar el seu criteri de necessitat.

## 2.2 CONFIGURACIÓ I FUNCIONAMENT DELS SERVICIS HOSPITALARIS D'URGÈNCIES

El servici hospitalari d'urgències és concebut com un servici obert, especialitzat —segons el nivell i tipus d'hospital— en l'atenció a tots els pacients que necessiten o demanen assistència urgent, amb capacitat per a indicar el seu ingrés en una planta d'hospitalització, traslladar-los a un altre nivell assistencial o donar-los l'alta per al domicili. La seua comesa principal és la recepció, activació del recurs assistencial apropiat, estabilització, diagnòstic i tractament, i resolució i transferència dels seus pacients a la instància sanitària més idònia. Els SUH oferixen als seus usuaris una avaluació diagnòstica ràpida, amb el suport radiològic o analític si cal, un tractament eficaç i una destinació final apropiada.

Conéixer la realitat dels SUH espanyols no és una tasca fàcil, ja que no hi ha dades fefaents i recents sobre la seua dimensió, organització, funcionament i activitat. Les dades procedents de les administracions públiques sovint se circumscriuen a este últim paràmetre sense tenir en compte la resta. A més, la informació disponible se cenyix exclusivament als SUH que depenguen d'estes administracions, de manera que no tenen en compte l'activitat exercida en centres privats i que, en algunes comunitats autònomes, pot significar una xifra no menyspreable d'activitat assistencial.

En el sector es reconeix que l'informe del Defensor del Poble, fet públic en 1988, sobre l'estat de l'assistència urgent, va constituir un punt de partida per a l'actual desenvolupament dels dispositius d'urgències, tant hospitalaris com d'atenció primària, com també perquè l'Administració prenguera consciència de la magnitud de les tasques que calia abordar.<sup>12</sup>

L'estudi més recent i complet referent a este tema és el conegut com SUHCAT, elaborat a través d'entrevistes als caps de 79 dels 82 servicis hospitalaris d'urgències de Catalunya (96%), que van respondre un qüestionari de 353 preguntes. Una part d'estes preguntes feia referència a les característiques físiques i estructurals dels SUH. Una altra a les característiques funcionals, i la tercera al mapa docent i investigador. Les respostes es van tabular d'acord amb l'activitat del SUH (alta, mitjana o baixa), l'ús de l'hospital (privat o públic) i la complexitat de l'hospital públic (alta tecnologia o alta resolució, de referència, comarcal)<sup>13</sup>. Este treball conté un ric elenc de dades sobre la situació i realitat dels SUH catalans, i assenyala diverses possibilitats de millora, moltes de les quals són d'abast general.

La rellevància d'estos servicis per al conjunt del sistema sanitari resulta clara, encara que no sempre es trasllada a la gestió econòmica, la carrera professional, el marc de les relacions intrahospitalàries, el disseny global de l'activitat assistencial o el ritme d'incorporació de les tecnologies de la informació.

L'augment progressiu de la despesa pública en salut és motiu de preocupació comuna en els països de la Unió Europea. L'assoliment d'una sostenibilitat financera s'enfronta a reptes que han estat exposats anteriorment, als quals cal sumar la crisi econòmica mundial. Per a fer sostenible esta prestació, que presenta una demanda creixent i l'exigència de més qualitat, l'estratègia clau és la recerca d'una eficiència relacionada amb els «costos de producció».

Els SUH disposen d'informació suficient per a conèixer «quant costen» globalment però, per a poder gestionar eficientment estos servicis, seria necessari desglossar la informació dels processos assistencials i de la gènesi del seu cost. La determinació d'este cost per processos clínics permetria perfeccionar el coneixement sobre la casuística i les activitats realitzades en l'estudi i el tractament de cada procés, a fi de facilitar la presa de

---

<sup>12</sup> Defensor del Poble, *Informe anual 1988 y debates en las Cortes Generales*, Madrid, Publicacions del Congrés dels Diputats, Secretaria General (Direcció d'Estudis), Sèrie Informes, 1989.

<sup>13</sup> Miró, O. Escalada et al., «Estudio SUHCAT» (1 a 3), *Emergencias*, 2014, vol. 26, pàg.19-56.

decisions estratègiques<sup>14</sup>. A Espanya, tot i no disposar d'eines que permeten arribar al cost per pacient i procés, es fan estimacions que el cost mitjà de la urgència atesa en un SUH està en 77 euros, encara que amb àmplies variacions.

En comparació amb altres unitats hospitalàries, els SUH presenten algunes característiques distintives. L'atenció urgent és un procés de col·laboració entre diversos professionals que treballen sota pressió i el resultat d'aquella no solament depèn dels coneixements d'estos professionals, sinó també de la rapidesa en la seua resposta —segons s'afirma ben sovint «la gestió de les urgències és la gestió del temps»—, tot això en un escenari de recursos limitats.

A diferència de la resta de servicis hospitalaris, el col·lectiu de professionals que atén les urgències presenta un grau d'heterogeneïtat molt notable (personal propi, fix o interí, personal especialista d'altres servicis, juntament amb un rellevant percentatge de personal en formació adscrit també a altres servicis)<sup>15</sup>.

Per a afrontar el repte que implica atendre pacients en urgències, en estos servicis, a més del personal sanitari, cal integrar en la seua dinàmica peculiar el conjunt de professionals de totes les categories. Perquè qualsevol SUH funcione correctament cal que tota l'organització conega i assumisca determinats estàndards, i que dispose de l'experiència suficient per a oferir respostes eficaces en un context exigent i dinàmic.

La violència contra professionals i la síndrome de *burnout* (desgast professional del personal sanitari) han adquirit importància en els últims anys, especialment en els SUH. S'afirma entre els professionals que només una part menor dels conflictes ixen a la llum. Les agressions patides pels treballadors es troben dins de l'ampli ventall de riscos que afecten la seguretat i salut dels treballadors sanitaris, ja per si mateixos sotmesos a factors d'estrés laboral elevats que, com s'ha dit, conduïxen a elevats nivells de desgast professional. D'altra banda, els «professionals cremats» poden incrementar les situacions de risc. Un dels reptes de les administracions sanitàries, que vincula els objectius de

---

<sup>14</sup> Vegeu Moreno Millán, E. et al., «Economía y equidad en urgencias y emergencias», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, op. cit., pàg. 19-27.

<sup>15</sup> A l'efecte il·lustratiu es pot citar l'anàlisi realitzada sobre els SUH de Catalunya en Miró O. et al., «Estudio SUHCAT (2): Mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña», *Emergencias*, 2014, vol. 26, op. cit., pàg. 35 i seg., «De les hores de treball mèdic, el 50,4% les exercixen metges amb contractes directament vinculats a urgències (73% fixos i 27% no fixos o interins), el 19,1% metges d'altres servicis que fan guàrdies en urgències i el 30,6% residents».

seguretat i qualitat, és afavorir unes condicions laborals adequades perquè este estrés i els elements de tensió comentats puguen ser gestionats amb èxit.

L'ús creixent de les tecnologies de la informació i comunicació (TIC) és un dels elements clau que està darrere de la transformació experimentada pels servicis sanitaris en els últims anys. Avui les TIC estan presents tant en els processos de gestió com en els clínics, i permeten al sistema sanitari disposar de més i millor informació sobre la seua pròpia activitat i resultats. El seu desenvolupament, per tant, constituïx un factor estratègic per als servicis de salut<sup>16</sup>.

La història clínica informatitzada en els SUH, a través de la incorporació de les tecnologies de la informació i comunicació, pretén millorar l'assistència sanitària a través de l'augment de la seguretat de la informació que s'hi maneja, l'accés a esta des de qualsevol centre o servici del sistema, afavorir l'equitat en l'accés a la cartera de servicis del sistema de salut i millorar la gestió. Des de la perspectiva de la gestió d'urgències, a causa de la rellevància del factor temporal sembla necessari incorporar-hi indicadors que mesuren el procés d'atenció des de l'arribada del pacient al SUH fins que l'abandona, juntament amb els lapses de les diverses fases assistencials.

Els diversos models organitzatius, afegits a les característiques intrínseques de l'atenció urgent, poden provocar el risc d'aparició d'efectes (també denominats «esdeveniments») adversos<sup>17</sup>. Es creu que la gran majoria no són declarats, tot i l'existència de sistemes de notificació voluntària anònima en molts centres sanitaris. A més, els SUH poden ser un escenari adequat per a identificar efectes adversos generats en altres nivells assistencials que provoquen una visita urgent hospitalària.

Els SUH han introduït progressivament eines de treball i elements de gestió que han contribuït, de manera directa o indirecta, a la millora de la seguretat del pacient. La implantació dels sistemes de triatge estructurat i les polítiques de millora de la qualitat a través del seguiment d'indicadors i models d'acreditació de SUH han sigut alguns dels avanços més significatius. En els últims anys, i gràcies a la forta espenta generada per les

---

<sup>16</sup> Busqueu Ostolaza, P. i R. Marrón Tundidor, «La informatización en urgencias y emergencias», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, op. cit., pàg. 69-76.

<sup>17</sup> Tomás Vecina, S. et al., «EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles», *Emergencias*, 2010, vol. 22, pàg. 415-428.

aliances en matèries de la seguretat del pacient desenvolupades per les administracions, s'està estenent de manera gradual una consciència i una cultura de la seguretat entre els professionals de l'atenció urgent. Això ha propiciat el desenvolupament d'iniciatives d'investigació, amb la consegüent millora de resultats i una major eficiència en la prevenció de riscos.

### 3 DRETS I GARANTIES IMPLICATS EN L'ASSISTÈNCIA EN URGÈNCIES

#### 3.1 CONDICIONS I EFECTIVITAT DEL DRET A LA PROTECCIÓ DE LA SALUT EN URGÈNCIES

Com ja s'ha indicat, l'article 43 de la Constitució reconeix el dret a la protecció de la salut i encomana als poders públics organitzar i tutelar la salut pública, a través de les mesures preventives i de les prestacions i els servicis necessaris.

El fonament constitucional dels drets dels ciutadans, quant a la protecció de la seua salut, no s'esgota amb el ressenyat article 43. Al llarg del títol I de la Constitució és possible trobar altres preceptes de gran rellevància a este efecte. Així, podem esmentar el principi d'igualtat, garantit per l'article 14; el dret a la vida i la integritat física, reconegut en l'article 15; el dret a la intimitat personal i familiar, recollit en l'article 18; el manteniment d'un règim públic de seguretat social, previst en l'article 41; el dret a un medi ambient adequat, reflectit en l'article 45, i la garantia d'una política de protecció de consumidors i usuaris, establida en l'article 51. També resulta especialment pertinent en este àmbit recordar la tasca encomanada als poders públics, en l'article 9.2 de la norma fonamental, de promoure les condicions perquè la llibertat i la igualtat dels individus i dels grups en què s'integren siguen reals i efectives.

L'avaluació dels drets i de les garanties dels pacients implicats en l'atenció en els SUH ha d'examinar-se prenent en consideració la singularitat d'esta modalitat d'atenció. La complexitat de l'assistència sanitària urgent deriva d'una sèrie de característiques peculiars. Entre estes cal destacar les següents: 1) requereix una disponibilitat contínua, integrada i projectada cap al lloc de la demanda d'atenció (cadena assistencial); 2) ha de cobrir tota la població, amb independència del tipus de l'entorn rural o urbà o dels condicionants geogràfics, com ara la insularitat; 3) està situada de manera transversal entre el nivell d'atenció primària i el d'atenció hospitalària; 4) inclou processos multidisciplinaris, que impliquen múltiples dependències jeràrquiques requerides de coordinació, sobretot en patologies emergents, tempodependents, el màxim exponent dels quals són els codis d'activació (ictus, infart, politraumatitzat sever, etc.); 5) el seu marc d'actuació se centra fonamentalment en pacients aguts i greus, el pronòstic dels quals dependrà, en gran manera, de les decisions que s'adopten i de la precocitat d'estes<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Vegeu Jiménez Murillo, L. et al., «Complejidad de la asistencia urgente en la España del siglo XXI», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, op. cit., pàg. 7-11.

També és un escenari cada vegada més freqüent l'atenció a processos crònics reaguditzats.

### 3.1.1 Mitjans materials

El Tribunal Suprem ha reiterat en la seua doctrina que la responsabilitat de l'Administració en el servei sanitari no deriva tant del resultat com de la posada a disposició dels mitjans raonablement exigibles, en correlació amb el criteri de delimitació de la responsabilitat dels professionals mèdics en l'exercici de la seua *lex artis*<sup>19</sup>. En la Sentència de 20 de desembre del 2004<sup>20</sup> l'alt tribunal recollia, a més, el caràcter sistèmic de la dotació de mitjans: «no es pot eximir de responsabilitat l'Administració pel fet que l'hospital (...) no tenia este mitjà, perquè en este cas va poder i va haver de remetre's el pacient a un altre hospital del Sistema de la Salut, perquè un sistema és un conjunt d'elements interdependents, la unitat d'una pluralitat, en suma una totalitat».

Més difícil resultaria, possiblement, delimitar o definir estrictament esta idea de raonabilitat quant als mitjans disponibles. La capacitat general de dotació dels serveis sanitaris és, per naturalesa, limitada, i no sols en els períodes de dificultats econòmiques o d'ajust pressupostari, sinó en qualsevol moment, raó per la qual recau en els mecanismes de gestió i organització bona part d'esta difícil tasca de delimitació i definició. No sempre és possible disposar de les millors coses a cada moment i en tots els llocs, ja siga pel que fa a la capacitat i l'estructura dels centres hospitalaris, les tecnologies sanitàries diagnòstiques o de tractament, l'instrumental mèdic o els sistemes d'informació d'última generació.

Este plantejament previ és predicable tant dels serveis d'urgències hospitalaris, com de la resta de nivells d'atenció sanitària. Des de la perspectiva dels pacients, com també des de la dels professionals i els responsables de gestió, es trasllada als defensors del poble una opinió coincident en les qüestions fonamentals: persisteixen moltes mancances de tipus estructural i material, de forma desigual entre uns centres i els altres, que haurien de ser ateses, tenint en compte que les solucions passen per augmentar la dotació econòmica i millorar les pautes d'organització i de coordinació administrativa.

---

<sup>19</sup> Vegeu Sentència del Tribunal Suprem, Sala 3a, Secció IV, de 6 de juliol de 2011, especialment el fonament jurídic cinqué.

<sup>20</sup> Sala 3a, Secció VI, fonament jurídic quart.

El dret a la protecció de la salut dels ciutadans de vegades troba condicionada la seua realització pràctica per estes mancances, les quals es mostren més presents en la percepció dels pacients i usuaris quan més preemptòria resulta la seua necessitat assistència, és a dir, en l'atenció d'urgències. És per això que també convé recordar que este tipus d'atenció, tal com assenyalen els especialistes i experts, no pot oferir per definició una resolució global dels problemes de salut. Els servicis d'urgències, hospitalaris i extrahospitalaris, han de respondre adequadament a les necessitats d'assistència sorgides inesperadament i que requerixen una atenció immediata, sense pretendre amb això una resolució integral i definitiva de la necessitat mèdica, la qual cosa incidix clarament en el nivell de dotació i capacitats que han d'estar disponibles.

### **3.1.1.1 Estructura i mitjans tècnics**

Segons es va traslladar a tots els participants en les jornades preparatòries d'este estudi, una anàlisi general de les queixes que plantegen els ciutadans amb relació a les urgències hospitalàries oferix una imatge de persistència d'inadequacions físiques i materials. Estes inadequacions ressalten especialment en les situacions de saturació dels servicis i mostren, per exemple, una inadequada ubicació de pacients en diverses àrees d'activitat que no es corresponen amb les previsions dels diferents plans funcionals, quant al flux de pacients segons el seu estat i quadre clínic.

L'espai físic ha d'adaptar-se a la funció a què es destina, i no a l'inrevés, tal com denuncien habitualment les persones que atenen els servicis d'urgències. Encara que la variabilitat entre centres és rellevant, per regla general en les últimes tres dècades els servicis d'urgències hospitalaris han sigut objecte d'adaptacions, actualització, ampliació o millora. A més, s'han creat noves infraestructures hospitalàries en els diversos servicis públics de salut. És una crítica habitual la que assenyala que en l'execució d'estes adaptacions o noves construccions el criteri dels professionals i experts en atenció sanitària urgent continua sense ser recollit degudament o, almenys, no en tota la seua extensió. Esta major atenció ajudaria a suplir algunes deficiències o mancances que troben tant pacients i professionals.

Algunes de les qüestions pendents en este àmbit podrien resoldre's amb una ocupació més general —des de les fases primerenques de planificació i contractació de les obres de rehabilitació o construcció— dels estàndards ja existents i consensuats pels grups nacionals i internacionals d'experts en urgències, inclosos els manuals d'acreditació



dels SUH<sup>21</sup>. L'habilitació d'espais, dimensionats segons el tipus de centre, per a albergar les distintes àrees d'activitat dels servicis d'urgències ha de comptar amb els criteris tècnics que millor poden conèixer els professionals sanitaris especialitzats, sense perjudici de la flexibilitat necessària per a acomodar este disseny i planificació a la cultura de gestió hospitalària pròpia de cada servici territorial.

Les decisions de planificació dels espais destinats a urgències han de promoure, d'altra banda, les millors pràctiques quant a gestió dels pacients, justament per les habituals i indesitjables situacions de saturació que s'hi produïxen. Contràriament, s'han exposat casos de planificació recent que incorporen, per exemple, zones destinades expressament a ubicar pacients en situació de preingrés hospitalari o de prealta d'urgències, en un intent de minimitzar l'impacte sobre la dignitat dels pacients que produïx la saturació i l'estada precària en espais no habilitats. Tanmateix, en la mesura que es concep esta situació com a impròpia, atés que el pacient ja destinat a ser ingressat hauria de trobar-se al més aviat possible en el servici hospitalari corresponent, on l'atenció rebuda serà més especialitzada per a la resolució del seu problema de salut, o bé d'alta efectiva, no s'estaria avançant en la correcció de les disfuncions que acompanyen la saturació, sinó assumint una incapacitat estructural en la gestió de fluxos.

Una vegada executades les intervencions en la infraestructura hospitalària, resulta molt més difícil acomodar les necessitats pràctiques al que ja s'ha construït, de manera que augmenta l'aparició de solucions improvisades que acaben consolidant-se al llarg del temps, atés que les noves inversions es poden demorar anys o dècades.

Quant a la disponibilitat de mitjans tècnics i diagnòstics, instrumental clínic i de suport, els participants en les jornades preparatòries no han assenyalat situacions particularment deficitàries<sup>22</sup>; més aviat s'hi van enunciar problemes d'actualització o complementació una vegada que els servicis reben les seues dotacions inicials, com també la gran heterogeneïtat existent entre uns centres hospitalaris i els altres. Sí que va ser invocada insistentment la conveniència d'atendre a les pautes o els estàndards de

---

<sup>21</sup> A tall d'exemple, es pot citar el que hi ha contingut en el *Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales*, Madrid, Societat Espanyola de Medicina d'Urgències i Emergències (SEMES), 2009.

<sup>22</sup> Als participants, se'ls havia indicat la recepció de queixes sobre manca de determinats mitjans diagnòstics en alguns servicis hospitalaris, com ara electrocardiògrafs d'última generació amb imatge digital, i monitors cardíacs i de contrastos amb especificacions adaptades a l'atenció d'urgències.

qualitat ja publicats<sup>23</sup> i que haurien de ser coneguts per les unitats i els òrgans de planificació, en els quals s'inclouen recomanacions concretes sobre la dotació de mitjans tècnics i de suport.

Alguns professionals consideren que la percepció de manca de determinats mitjans diagnòstics sovint està provocada per un error de valoració per part dels propis pacients sobre l'abast d'allò que està clínicament indicat per a atendre degudament una malaltia en urgències. Cal discernir la disponibilitat diagnòstica i de tractament que ofereix l'específica cartera de servicis de les urgències hospitalàries, d'aquelles limitacions imposades per la capacitat i disponibilitat de mitjans que correspon al conjunt hospitalari i les situacions de retard que pot imposar l'accés a prestacions alienes al propi servicis d'urgències. Abans de fer recaure l'anàlisi d'esta qüestió en una ponderació sobre si és encertada o desencertada l'expectativa del pacient usuari de les urgències, convé destacar la importància d'una adequada labor informativa per part dels servicis, com també la necessitat de compensar aquelles mancances contrastades amb els recursos materials apropiats.

### **3.1.1.2 Classificació de pacients. Triatge**

La qualitat de l'atenció i la seguretat dels pacients en urgències requereixen un encertat sistema de classificació des que arriben a l'hospital. El triatge és generalment definit com un mètode de treball estructurat que permet una avaluació ràpida de la gravetat que presenta el pacient, establert de manera reglada, vàlida i reproducible. Per la seua naturalesa, no és una eina de diagnòstic precisa, sinó un instrument per a prioritzar clínicament els supòsits que necessiten una resposta més immediata i urgent. Implica, també, a *posteriori*, un instrument de mesurament de la qualitat dels servicis i una important ajuda per a la seua gestió.

Els hospitals espanyols utilitzen diversos mètodes de triatge<sup>24</sup> en els servicis d'urgències, principalment l'Escala Mánchester (M) i el Sistema Espanyol de Triatge,

---

<sup>23</sup> Vegeu l'annex 6, *Unidad de urgencias hospitalaria: estándares y recomendaciones*, Madrid, Ministeri de Sanitat i Política Social, 2010.

<sup>24</sup> Els principals sistemes de classificació recullen cinc nivells de prioritat. El nivell u és d'emergència i risc vital, i el nivell cinc correspon a processos no urgents o banals. Normalment hi incorporen previsions sobre el temps adequat perquè el pacient reba l'atenció mèdica recomanada.

elaborat a partir del model andorrà (MAT-SET). En algunes comunitats autònomes, però, no està estandarditzat el model que cal emprar. Hi ha establits també sistemes de triatge avançat, que incorporen la realització de proves diagnòstiques bàsiques o, per exemple, l'administració d'un primer tractament analgèsic.

Hi ha coincidència general entre els participants en les jornades sobre l'elevat grau d'implantació d'estos mètodes de classificació<sup>25</sup>, amb bons resultats. Persisteixen alguns debats sobre la conveniència d'una major i fins i tot més exhaustiva participació dels metges, especialment en la fase de triatge avançat, unes labors de classificació que assumix també el personal experimentat d'infermeria, segons s'ha posat de manifest; o sobre la conveniència d'incloure paràmetres i algorismes específics pensats per al col·lectiu pediàtric, o per als pacients crònics i oncològics, amb discapacitat, malalties rares o que necessiten cures pal·liatives.

En la jornada de treball amb professionals de la salut preparatòria del present estudi es va indicar que s'ha dut a terme alguna experiència pilot de derivació de pacients, de caràcter expressament voluntària, a centres extrahospitalaris d'atenció urgent, integrats en l'àrea sanitària de l'hospital en qüestió, per a aquells classificats en el triatge hospitalari en els nivells de menor prioritat<sup>26</sup>. Els especialistes que van desenvolupar esta pràctica la consideren efectiva i segura, i indiquen que és satisfactòriament valorada en les enquestes de pacients. Això representa un exemple dels avantatges que oferixen els mètodes estructurats de triatge, quan s'executen de manera rigorosa. Mesures d'este caràcter exigixen assegurar una bona labor d'orientació i informació sanitària als pacients, i una constant millora dels vincles de coordinació entre nivells assistencials, sobretot urgències d'atenció primària i servicis d'emergències.

Una correcta estructuració i incorporació dels sistemes de triatge permet també una anàlisi i avaluació de les necessitats de dotació dels servicis d'urgències, ja que poden revelar, per exemple, el total de demanda assistencial que suporta un determinat hospital,

---

<sup>25</sup> A falta de dades globals sobre la implantació dels mètodes de *triaatge* en el conjunto del SNS, es pot indicar que en la revisió de 2013, del Mapa funcional de servicis d'urgències hospitalaris de Catalunya, s'assenyala que en esta Comunitat Autònoma el 77,2% dels servicis tenen implantat un sistema d'estos. Miró, O. et al., «Estudio SUHCAT 2», *Emergencias*, 2014, *op. cit.*, p. 37.

<sup>26</sup> Salmerón, J. M., L. Jiménez, O. Miró i M. Sánchez, «Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el *triaje* del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al *Triaje* del Sistema Español de *Triaje*», *Emergencias*, 2011, vol. 23, pàg. 346-355.

quan és més freqüent l'atenció a casos més greus (nivells 1 a 3) i quan el centre rep més habitualment casos de menor entitat o banals (nivells 4 o 5). Això permetria millorar la planificació de recursos, segons el tipus principal d'assistència prestada per cada centre.

Els col·lectius de pacients més vulnerables (persones majors, pacients d'oncologia, amb deteriorament cognitiu, malaltia mental o discapacitat) destaquen la insuficiència del triatge clínic com a eina per a detectar les especials necessitats d'estos pacients, com ara l'acompanyament durant l'assistència o la prioritització.

### **3.1.1.3 Sistemes d'informació. Coordinació entre nivells assistencials**

Els participants en les jornades preparatòries van ser preguntats pel grau d'incorporació de les tecnologies d'informació i comunicació (TIC) en els serveis d'urgències, a partir de situacions de deficiència detectades pels defensors del poble en les seues actuacions ordinàries. Les dades facilitades mostren que els serveis hospitalaris d'urgències sovint no tenen un sistema d'informació integral, una circumstància que obstaculitza o impedeix obtenir informació rellevant per a una correcta planificació dels recursos.

Les experiències descrites reflectixen una situació escassament homogènia en el conjunt del SNS. Cal destacar les que exposen una superposició d'utilitats informàtiques operatives en el mateix servei de salut autonòmic, o la falta d'interoperativitat, no sols entre comunitats autònomes, sinó entre províncies i centres hospitalaris. Esta situació està relacionada, de vegades, amb la mateixa definició i les dificultats en el desenvolupament i manteniment dels contractes amb els subministradors dels programes i tecnologies de gestió. Atés el grau d'evolució de les eines TIC, els pacients no comprenen les dificultats que troben, tant ells com els professionals que els atenen, a l'hora d'accedir als antecedents i històries clíniques quan, per qualsevol circumstància, han d'acudir a un centre sanitari diferent del que tenen assignat territorialment.

Estes qüestions, importants en tots els nivells d'assistència sanitària, impacten amb més intensitat en l'atenció prestada en les urgències hospitalàries. Els professionals descriuen situacions de risc per a la seguretat dels pacients, en part generades per la limitada adequació dels sistemes de gestió als requeriments específics de l'atenció urgent, en el disseny de la qual, ara no hi solen participar, ara no obtenen resposta positiva a les seues propostes.

Malgrat els progressius avanços i les moltes inversions que s'hi han fet en els últims anys, són diverses les comunitats autònomes que no han aconseguit concloure el procés

de digitalització i d'accés interoperatiu a les històries clíniques dels pacients, més enllà de l'atenció primària<sup>27</sup>. Això entorpix la millora de la qualitat assistencial i l'eficiència en els servicis hospitalaris d'urgències i en els servicis d'emergències sanitàries.

Per als pacients, especialment aquells pertanyents a grups vulnerables, este retard en la consolidació de les històries clíniques digitals i l'actualització coordinada de les eines de gestió hospitalària els trasllada una càrrega addicional al seu particular patiment. Així, s'ha indicat el perjudici afegit que comporta, per exemple, a pacients amb una malaltia rara o amb una malaltia mental la circumstància d'haver de carregar amb àmplia documentació per a ser atesos per nous professionals o en distint centre, en el primer cas, o per als segons el fet d'haver de repetir tot el cúmul d'antecedents personals, la qual cosa pot resultar fins i tot contraindicada pel tipus d'afecció que presenten.

Un altre problema connex a la insuficient modernització dels processos d'accés i ús de documentació clínica és el de les situacions de doble assegurament, que mantenen de forma tancada en els dos sistemes d'atenció sanitària, pública i privada, la informació rellevant dels pacients davant d'una eventual necessitat assistència urgent. Esta situació es pot connectar amb la d'aquells usuaris que, per circumstàncies personals, amb més freqüència utilitzen les prestacions sanitàries de diversos servicis de salut.

Este problema del doble assegurament, i altres disfuncions que impedeixen un adequat i puntual ús, per part dels mateixos pacients i dels professionals, de les històries i informes clínics, apunta a la necessitat de potenciar la coresponsabilitat del pacient respecte dels seus antecedents clínics i la seua major capacitat de disposició autònoma a través de l'ús de les actuals eines tecnològiques.

Les diferències existents sobre el grau d'implantació i interoperativitat dels sistemes informàtics assenyalen la conveniència de continuar les tasques ja empreses per les diverses administracions. Estos treballs requereixen mantenir l'impuls de coordinació assumit per l'Administració General de l'Estat (història clínica digital del Sistema Nacional de Salut, el programa Sanitat en Línia, infraestructura informàtica central), d'acord amb la disposició addicional tercera de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de

---

<sup>27</sup> *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud: el Programa Sanidad en Línea*. Actualització de dades 2011, Madrid, Ministeri de Sanitat, Servicis Socials i Igualtat, Ministeri d'Indústria, Energia i Turisme i xarxa. es, 2012. Es pot consultar en: [http://www.red.es/redes/sala-de-prensa/centro-de-documentacion?id\\_doc=10222&quicktabs\\_3=2](http://www.red.es/redes/sala-de-prensa/centro-de-documentacion?id_doc=10222&quicktabs_3=2).

l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

### **3.1.2 Recursos humans**

#### **3.1.2.1 Dotació i qualificació**

La dotació i qualificació dels professionals, com també els recursos assignats segons les càrregues de treball, són referències bàsiques per a la qualitat en l'atenció. Entre els problemes detectats pels defensors del poble i traslladats als participants en les jornades preparatòries, cal esmentar les denúncies relatives a faltes d'adequació de la dotació de personal a la demanda assistencial. L'augment de la plantilla es justifica, de vegades, per la necessitat de promoure l'accés dels professionals a la formació continuada i facilitar la dedicació a la investigació. La dotació de plantilles en urgències no es correspon, molt sovint, amb les referències que inclouen els plans funcionals d'estos servicis hospitalaris. D'altra banda, les disfuncions conegudes pels defensors del poble fan referència a la manca de concordança entre la distribució del personal per torns de treball i les franges horàries de més freqüentació.

Al llarg de les jornades els participants no van fer especial insistència en els aspectes quantitius d'adequació de les plantilles en els servicis d'urgències; van posar l'èmfasi en la inadequada cobertura d'estes amb personal mèdic en formació. No obstant això, alguns professionals van al·ludir a mancances provocades per la insuficient reposició de places de facultatiu jubilats, o a una progressiva precarització de les contractacions laborals.

Si bé els estudis dels últims anys presenten resultats molt variables entre els diversos centres hospitalaris i servicis de salut autonòmics, tant els professionals en urgències com els gestors coincideixen a assenyalar l'elevada presència de metges interns residents (MIR) en els servicis hospitalaris d'urgències. Esta presència es traduiria en percentatges mitjans de cobertura amb personal en formació d'un 30% a un 40%. Estos valors s'incrementen si, al seu torn, l'anàlisi es fa per trams horaris i dies de la setmana, i resulta que la cobertura —com a mínim presencial— d'estos servicis en molts centres a les vesprades-nits i els caps de setmana recau majoritàriament sobre els metges residents.

Amb estes matisacions, des de la gestió hospitalària s'assenyala que els estàndards de qualitat relatius, per exemple, a la dotació d'un metge i un infermer per cada vuit

pacients en observació, o a l'atenció de no més de tres pacients per metge i hora, sí que es respecten en gran part dels centres.

Hi ha consens sobre la necessitat adaptar la disponibilitat de mitjans humans a la demanda pròpia dels servicis d'urgències. Si els pics de demanda assistencial se situen en la franja horària entre les 12.00 h del matí i les 22.00 h o 23.00 h, una excessiva concentració de professionals sanitaris en el torn més general de 8.00 h a 15.00 h resultaria especialment inadequada.

Un aspecte d'infradotació, destacat especialment pels representants de pacients, fa referència al personal de treball social present en els servicis en els torns de vesprada o nit i en les jornades festives o de cap de setmana. Per a les necessitats de determinats col·lectius de pacients més vulnerables, de tipus assistencial, d'acompanyament o d'orientació, l'escassa o nul·la presència d'este personal comporta una dificultat addicional i, de vegades, resultats adversos, a més de conflictes que poden alterar el funcionament normal dels servicis.

Quan s'aborda la qualificació dels professionals que atenen les urgències hospitalàries, una gran majoria dels participants van plantejar la necessitat d'impulsar la formació i titulació específiques en medicina d'urgències i emergències, com a branca d'especialitat amb definició i substantivitat pròpies. El debat sobre esta qüestió es remunta en el temps<sup>28</sup> i, a pesar de la reivindicació per part del col·lectiu professional implicat, no ha obtingut un ple suport normatiu en l'últim Reial decret 639/2014, de 25 de juliol, que regula la troncalitat, la reespecialització troncal i les àrees de capacitació específica, estableix les normes aplicables a les proves anuals d'accés a places de formació i altres aspectes del sistema de formació sanitària especialitzada en ciències de la salut, i crea i modifica determinats títols d'especialista.

La determinació d'una especialitat mèdica d'urgències i emergències va ser objecte d'una doble proposició no de llei, tramitada i aprovada conjuntament pels principals grups parlamentaris al maig del 2007, tot instant el Govern a regular-la<sup>29</sup>. El citat Reial decret ha

---

<sup>28</sup> Així, en el seu informe anual corresponent a 2009, el Defensor del Poble apuntava: «Cal subratllar, un any més, que no s'ha produït cap progrés significatiu quant a la creació de l'especialitat en medicina d'urgències i emergències, amb caràcter troncal, tot i la transcendència que s'ha d'atorgar a la formació específica dels professionals implicats en l'atenció d'urgències i emergències». Defensor del Poble, *Informe anual 2009 y debates en las Cortes Generales*, vol. 1, Madrid, 2010, p. 447.

<sup>29</sup> *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Congrés dels Diputats, Sèrie D, núm. 571, 19 de juny de 2007.

establert, entre les àrees de capacitació específica, la d'urgències i emergències. Estes àrees de capacitació es defineixen com el conjunt de coneixements, habilitats i aptituds, afegits en profunditat o en extensió als exigits pel programa oficial d'una o diverses especialitats en ciències de la salut, amb interès assistencial, científic, social i organitzatiu rellevant. La formació en estes es desenvoluparà en una unitat docent acreditada. Cal afegir que la necessitat d'una especialització en l'atenció d'urgències i emergències es planteja igualment per molts professionals d'infermeria que treballen en estos servicis. El debat sobre la definició d'una especialitat mèdica i d'infermeria d'urgències i emergències persisteix per l'existència d'altres opinions contràries a esta, que la consideren innecessària.

La reclamació d'una especialitat en medicina d'urgència i emergències es vincula a la consecució de diversos objectius, com un itinerari docent més coherent i adequat per a un servici d'esta rellevància, el desenvolupament d'un perfil investigador específic o la recerca d'un millor equilibri en l'adopció de decisions en l'àmbit hospitalari<sup>30</sup>. Des de la perspectiva pròpia d'este estudi, i atenent a la importància dels SUH en el conjunt de l'activitat hospitalària, este desig de disposar d'una especialització resulta comprensible. A més, cal no obviar la necessitat de disposar de professionals adequadament formats, no sols en les tècniques clíniques més usades en les urgències, sinó també en les particularitats que este servici requerix, en termes de gestió de l'atenció, tractament amb múltiples col·lectius que requerixen abordatges propis i específics, tal com es posarà de manifest en el capítol quart del present estudi, o del control de l'estrés associat a una rutina de treball d'esta intensitat.

Els professionals d'urgències, exposats amb més freqüència que altres professionals sanitaris a situacions de tensió i estrés laboral pròpies de les circumstàncies assistencials que atenen, necessiten un reforç en la definició i el seguiment dels protocols de seguretat personal i d'autoprotecció.

---

<sup>30</sup> El Reial decret 521/1987, de 15 d'abril, pel qual s'aprova el Reglament sobre estructura, organització i funcionament dels hospitals gestionats per l'Institut Nacional de la Salut (*BOE* núm. 91, de 16 d'abril) vincula l'establiment de servicis jerarquitats amb una especialitat mèdica. Esta és la causa que els SUH no es consideren un servici jerarquitat, fet que els col·loca en una situació peculiar en el conjunt dels servicis hospitalaris. En un intent de superar esta situació, l'Institut Català de la Salut, mitjançant Acord 28/2014, de 25 de setembre, pel qual es regulen els criteris per a la creació, modificació i extensió de servicis jerarquitats, introdueix com a criteri de constitució d'estos servicis el fet que «l'activitat assistencial es desenvolupe mitjançant una estructura organitzativa estable amb objectius assistencials, docents, d'investigació i de gestió específics i propis del servici». (*Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6724, de 9 d'octubre de 2014).



### 3.1.2.2 Metges interns residents. Formació i supervisió en urgències

El vincle laboral del metge intern resident (MIR) té, a més d'un contingut formatiu, un contingut instrumental i assistencial. El Tribunal Suprem ha indicat que «les funcions assistencials que el MIR presta, tutoritzades sota la supervisió dels facultatius del centre, tenen un caràcter instrumental al servei de la seua formació especialitzada, i no tracten de suplir ni completar aquelles que incumbixen els metges que integren la plantilla del centre, la qual ha de ser suficient per a cobrir les seues necessitats assistencials<sup>31</sup>».

L'àmbit d'actuació dels MIR ha variat al llarg dels anys i cada vegada han guanyat més protagonisme els aspectes assistencials en detriment del vessant purament formatiu. Així ho regula el Reial decret 183/2008, de 8 de febrer, que determina i classifica les especialitats en ciències de la salut, i desenvolupa determinats aspectes del sistema de formació sanitària especialitzada. La doctrina científica ha assenyalat que l'assistència tutelada necessita un cert grau d'autonomia per part del metge en formació, ja que no resulta possible que els responsables controlen totes les actuacions del metge resident.

Es van traslladar als participants en les jornades algunes qüestions tractades pels defensors del poble amb motiu de les queixes que reben: reclamacions de pacients centrades en la desconfiança quant a la qualitat de l'atenció prestada exclusivament per un MIR; indefinició de l'abast, la responsabilitat i supervisió decreixent del MIR a partir del segon any de formació; assumpció en exclusiva de responsabilitats assistencials per un MIR de primer i segon any, sense la supervisió directa i immediata d'un especialista; incidències clíniques sorgides després de la intervenció d'un MIR no supervisada; atribució de l'atenció prestada per un MIR a metges especialistes que no han avaluat els pacients.

S'ha assenyalat l'heterogeneïtat en la composició de plantilles dels SUH, a causa de la dispar procedència formativa dels professionals mèdics que les atenen, sobretot, els interns residents en rotació des d'altres especialitats hospitalàries. S'indica reiteradament la manca de correlació entre la diversitat en els processos formatius dels MIR que realitzen activitat assistencial en urgències i la càrrega de treball que, en la pràctica, han d'assumir.

També s'han fet palesos elements de vinculació entre l'atenció que presten exclusivament els metges en formació de primer i segon any, i l'aparició de més efectes

---

<sup>31</sup> STS, Sala 3a, Secció VII, de 16 de novembre de 1993, fonament jurídic quart.

adversos, com també increments en la realització de proves diagnòstiques. L'assumpció progressiva de responsabilitat per part dels residents no pot deixar a les mans d'estos professionals l'assistència d'urgències durant àmplies franges horàries, encara que en tots els casos hi haja previst un sistema de consultes amb el facultatiu adjunt corresponent.

A més, els especialistes consultats han deixat constància de les dificultats per a dur a terme les funcions de tutorització i supervisió de l'activitat assistencial dels MIR. En el primer cas, perquè estos resulten aliens al mateix servici d'urgències; en el segon, per com d'ajustats són estos recursos disponibles, especialment en circumstàncies de més pressió assistencial. En general els servicis d'urgències estan infrarepresentats en les comissions de docència hospitalàries, fet que sembla entrar en contradicció amb el pas obligat dels residents per estos servicis al llarg dels seus anys de formació especialitzada.

## 3.2 DIGNITAT I INTIMITAT

### 3.2.1 Qüestions generals

El Tribunal Constitucional ha proclamat que la dignitat constituïx un «valor superior de l'ordenament que està contingut en l'article 10.1 de la Constitució espanyola com a pòrtic de la resta de valors o principis que hi ha consagrats allà, la qual cosa revela la seua importància fonamental<sup>32</sup>». Segons reconeix la jurisprudència del Tribunal Suprem<sup>33</sup>, el tret fonamental que presidix el dret a la intimitat personal (art. 18 de la Constitució) és constituir «un reducte individual dotat de ple contingut jurídic que ha d'estar preservat de qualsevol tipus d'intromissió estranya, qualsevol que pugua ser la legitimitat que acompanye a esta última<sup>34</sup>».

---

<sup>32</sup> Sentència 337/1994, fonament jurídic quart.

<sup>33</sup> STS de 19 de juliol de 1989, Sala 4a, Secció I, fonament jurídic tercer.

<sup>34</sup> El Conveni d'Oviedo estableix en l'article 1: «Les parts en el present Conveni protegiran l'ésser humà en la seua dignitat i identitat, i garantiran a tota persona, sense cap discriminació, el respecte a la seua integritat i la resta dels seus drets i llibertats fonamentals respecte de les aplicacions de la biologia i la medicina. Cada part haurà d'adoptar en la seua legislació interna les mesures necessàries per a donar aplicació al que hi ha disposat en el present Conveni». La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, determina, en l'article 10, apartats 1 i 3, que els pacients tenen dret «al respecte a la seua personalitat, dignitat humana i intimitat» i «a la confidencialitat de tota informació relacionada amb el seu procés i la seua estada en institucions sanitàries». Per la seua banda, la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria de documentació i informació clínica, reconeix, en l'article 2.1: «La dignitat de la

La literatura científica destaca que els servicis d'urgències hospitalaris presenten característiques singulars que poden donar lloc a un major risc de vulneració de la dignitat i intimitat dels pacients. Així, un estudi prospectiu sobre la intimitat dels pacients atesos en els servicis d'urgències hospitalaris d'Aragó va evidenciar que, en els deu hospitals on es va desenvolupar l'estudi, la intimitat auditiva va ser valorada amb una puntuació mitjana de 3,93 sobre 5<sup>35</sup>. Quasi una quarta part dels pacients enquestats va afirmar haver escoltat les converses d'altres pacients amb el personal, i més del 20% va tenir la sensació que altres pacients podrien haver escoltat les seues converses. Quant a la intimitat visual, la puntuació mitjana va ser de 4,32 en la mateixa escala. Un de cada set pacients va afirmar que havia pogut veure altres pacients mentre estaven sent explorats, i un de cada 10 va tenir la sensació de ser observat per altres pacients mentre l'estaven atenent. Este estudi reflecteix, d'altra banda, que les dades obtingudes coincidixen amb una enquesta a professionals, en què el 40% va manifestar que donava la informació «sempre» o «quasi sempre» en el corredor o davant del company d'habitació.

L'estructura física i funcional dels servicis d'urgències és un altre dels aspectes fonamentals que, segons el criteri dels experts, impedeix, sovint, garantir la dignitat i intimitat dels pacients. La freqüent existència de llits al corredor o en dependències no habilitades per a esta finalitat, la massificació en àrees assistencials i llocs d'informació poc idonis són aspectes subratllats per a confirmar un criteri unànime sobre la impossibilitat de garantir, en tots els casos, els drets dels pacients.

La intimitat acústica i visual va ser una de les qüestions que va motivar un major grau de participació en les jornades realitzades. A més de les causes d'ordre estructural<sup>36</sup>, s'hi va al·ludir també a pràctiques poc respectuoses amb la intimitat, amb exemples com ara l'exposició de dades d'identificació personal (documentació clínica en llocs inadequats i transmissió de dades de viva veu) i la informació facilitada per professionals al corredor o davant d'altres pacients. S'hi va posar de manifest la necessitat d'adoptar mesures com ara:

---

persona humana, el respecte a l'autonomia de la seua voluntat i a la seua intimitat haurà d'orientar tota l'activitat dirigida a obtenir, utilitzar, arxivar, custodiar i transmetre la informació i documentació clínica».

<sup>35</sup> Mozota Duarte, J. et al., «Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón», *Emergencias*, 2013, vol. 25, pàg. 445-450.

<sup>36</sup> No obstant això, es va puntualitzar que, encara que els espais oberts en les àrees d'urgència poden generar un major risc de vulneració de drets, també possibiliten un major control dels pacients.

- Adaptar l'estructura física dels servicis mitjançant l'habilitació d'espais que siguin capaços d'assumir, en situacions d'augment puntuals, la demanda assistencial sense que minve la intimitat del pacient.
- Evitar l'exposició de dades de caràcter personal i establir zones específiques per a facilitar informació a pacients i familiars o propparents autoritzats.
- Implantar mitjans d'aïllament visual i auditiu.
- Promoure la sensibilització i formació dels professionals sobre la intimitat i confidencialitat (bones pràctiques que afavorisquen la transmissió d'informació d'una manera adequada).

Fomentar la participació dels comitès d'ètica assistencial.

La dignitat de les persones assolix una dimensió especial en els casos de pacients en fase terminal. Va ser unànime el criteri dels experts sobre el fet que l'atenció a estos pacients no hauria de prestar-se en els servicis d'urgències, ja que en este entorn no es pot garantir una mort digna i preservar el dol de familiars i propparents. Segons van assenyalar, estos pacients haurien de ser atesos en unitats de cures pal·liatives o a través d'atenció domiciliària amb el suport d'equips de suport vital.

### 3.2.2 Situacions de saturació

En les queixes davant dels defensors del poble els ciutadans referixen, com a causa principal de les seues reclamacions, aspectes que no tenen relació amb l'atenció sanitària sinó amb el menyscabament de la personalitat i la dignitat humanes en les situacions de saturació dels SUH. La permanència en lliteres i als corredors, la defunció de pacients davant de la presència d'altres i la visualització per terceres persones d'aspectes inherents a l'esfera íntima i personal són els motius de queixes invocats més sovint.

Per a centrar este escenari convé concretar que, en la saturació dels servicis d'urgències no solament incidixen factors de gestió interna (capacitat de resolució i fluxos d'eixida a planta), sinó també d'índole externa als mateixos servicis<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Flores, C .R., «La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad», *Emergencias*, 2011, vol. 23, pàg. 59-64.

En les jornades preparatòries del present estudi, els participants van coincidir en la dificultat i, de vegades, la impossibilitat de garantir la dignitat i intimitat dels pacients en els servicis d'urgències. Van assenyalar que la saturació d'estos servicis, en molts casos de caràcter estructural i no puntual, és la causa principal que motiva el risc de vulneració d'estos drets. Les situacions de saturació són conseqüència, entre altres factors, de la falta de llits lliures en el centre sanitari i d'una gestió poc eficaç d'estos. Això comporta la permanència —prolongada en no pocs casos— de pacients en el servici d'urgències amb indicació d'ingrés hospitalari i mentre esperen llit, no sempre en unes condicions adequades des de la perspectiva assistencial i també des de l'òptica de l'observança dels drets fonamentals.

Tanmateix, segons les opinions dels participants en les jornades, una correcta anàlisi de la freqüentació en els servicis d'urgències hospitalaris permet establir tendències previsibles de la demanda assistencial i la determinació dels pacients que requeriran ingrés hospitalari, i per això és factible adoptar mesures per a donar solució, en gran manera, a les situacions de saturació. Referixen, com a mesura fonamental, actuacions de caràcter multifactorial per a agilitzar el «drenatge» o l'eixida de pacients dels SUH, una vegada finalitzada l'atenció. Entre les propostes debatudes, cal esmentar les següents:

- Promoure la gestió d'altres primerenques. S'al·ludix a la conveniència de formalitzar altes d'hospitalització als matins per a millorar la capacitat d'hospitalització i els caps de setmana. Caldria evitar que estes altes es concentren en franges horàries del torn de vesprada, amb la conseqüència que llits que podrien ser alliberats romanguen ocupats per pacients que se sap amb antelació que causaran alta.
- Programar «reserves de llits en planta», segons els ingressos previsibles a través del servici d'urgència.
- Establir criteris d'ingrés pactats amb les distintes especialitats, d'acord amb els quadres clínics, de manera que el metge d'urgències pugui autoritzar els ingressos i els pacients no hagen d'esperar excessivament.
- Establir indicadors de qualitat que determinen temps màxims de permanència de pacients en el servici (alta o ingrés en planta).
- Potenciar mesures alternatives a l'hospitalització convencional (atenció domiciliària, hospital de dia, cirurgia major ambulatoria, consultes d'alta

resolució, unitats de continuïtat assistencial orientades al pacient crònic pluripatològic, etc.).

- Implantar circuits adaptats a certes patologies o grups de població.
- Millorar la gestió del transport sanitari. Amb una certa freqüència s'alentix l'eixida de pacients que han rebut l'alta d'urgències.

Els professionals a qui es va sol·licitar el seu parer van insistir que, tot i que una majoria dels ingressos en els hospitals ho són a través del servei d'urgència, no tenen competències per a intervenir en la contenció de la demanda i la determinació de la derivació de pacients a les unitats d'hospitalització, una decisió esta última que és competència dels facultatius especialistes d'altres àrees. Per tant, no es tenen presents les necessitats dels servicis d'urgències en la programació diària de l'hospital.

Les experiències traslladades als defensors del poble per representants de professionals i gestors incidixen en el fet que, generalment, es prioritzen els ingressos de pacients en llista d'espera davant dels que procedixen del servei d'urgència. Això pot obeir al fet que, entre els indicadors de gestió subjectes generalment a debat públic, hi figura el relatiu a les llistes d'espera, però no aquells que afecten el servei d'urgència. També s'hi va fer referència, com una possible causa que motiva esta prioritjació, al fet que els dies que romanen els pacients en l'àrea d'urgència no es computen com a estades hospitalàries en el respectiu servei on causaran ingrés, i representen un esquivament informatiu en l'indicador de qualitat «estada mitjana».

Quant a la determinació del tancament de llits hospitalaris en època estival, si assumim que la mesura està motivada per un descens de la demanda i de l'activitat assistencial, no té justificació en àmbits territorials en què, per contra, es produïx un significatiu increment de la població i la demanda potencial. Els participants van indicar que la determinació del tancament de llits s'hauria de fer després de consultar els professionals dels servicis d'urgències sobre les necessitats estructurals d'estos servicis i l'adequació d'oferta/demanda assistencial, i en el marc d'un pla d'obertura immediata de llits davant de l'eventualitat de necessitats sobrevingudes.

### 3.3 AUTONOMIA DE LA VOLUNTAT I DRET A LA INFORMACIÓ

#### 3.3.1 Consentiment informat

El Conveni d'Oviedo estableix, en l'article 5, que «una intervenció en l'àmbit de la sanitat només es podrà fer després que la persona afectada hi haja donat el seu consentiment lliure i informat. Esta persona haurà de rebre prèviament una informació adequada sobre la finalitat i naturalesa de la intervenció, com també els seus riscos i conseqüències». El dret a consentir l'actuació mèdica es va incorporar a la Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea, en l'article 3.2<sup>38</sup>.

En termes semblants, la Llei 41/2002, de 14 de novembre, efectua una regulació exhaustiva de tot allò concernent al consentiment informat, i proclama que tota actuació en l'àmbit de la sanitat requereix, amb caràcter general, el previ consentiment del pacient, una vegada que, rebuda la informació adequada, haja pogut considerar les opcions pròpies del cas. Entre les excepcions a l'obligació d'obtenir el consentiment informat, esta llei disposa que els facultatius podran dur a terme intervencions clíniques indispensables a favor de la salut del pacient quan existisca risc immediat per a la integritat física o psíquica del malalt i no siga possible aconseguir la seua autorització. Esta possibilitat es limita exclusivament a les intervencions mèdiques que no puguen ser retardades, ja que aquelles la demora de les quals és acceptable, encara que siga mínima, s'exclouen d'este supòsit.

La doctrina del Tribunal Constitucional sobre el consentiment informat ha estat plasmada en la Sentència 37/2011: «es tracta d'una facultat d'autodeterminació que legitima el pacient, fent ús de la seua autonomia de la voluntat, per a decidir lliurement sobre les mesures terapèutiques i el tractament que puguen afectar la seua integritat, i triar entre les distintes possibilitats, tot consentint la seua pràctica o rebutjant-les. Ara bé, perquè esta facultat de consentir, de decidir sobre els actes mèdics que afecten el subjecte, es pugua exercir amb plena llibertat, és imprescindible que el pacient compte amb la informació mèdica adequada sobre les mesures terapèutiques, perquè només si disposa d'esta informació podrà prestar-hi lliurement el seu consentiment». Pel que fa a les conseqüències de la falta de consentiment informat, el Tribunal Suprem ha declarat que «constituïx en si mateixa o per si sola una infracció de la *lex artis ad hoc*<sup>39</sup>».

<sup>38</sup> Feta a Niça el 7 de desembre de 2000 (*Diari Oficial de les Comunitats Europees* de 18 de desembre de 2000).

<sup>39</sup> STS, Sala 3a, Secció IV, de 2 de novembre de 2011, fonament jurídic tercer.

La informació sanitària prèvia pot ser considerada, per tant, un procediment o mecanisme de garantia per a l'efectivitat del principi d'autonomia de voluntat del pacient i dels preceptes constitucionals que reconeixen drets fonamentals concernits per les actuacions mèdiques. Esta informació, conseqüència de les actuacions assistencials, haurà de ser vertadera, es comunicarà al pacient de manera comprensible i adequada a les seues necessitats, i l'ajudarà a prendre decisions d'acord amb la seua pròpia i lliure voluntat.

L'escàs temps, de vegades, per a adoptar decisions diagnòstiques i terapèutiques, i les situacions de risc immediat i greu per a la integritat física o psíquica del pacient són factors que incidixen en major grau en els servicis d'urgències que en altres servicis mèdics. Això pot justificar que la intensitat de l'exigència d'informació siga menor com major siga la urgència. Tanmateix, no n'hi ha prou que existisca una situació de risc per a ometre la informació i el consentiment posterior; este risc ha d'estar qualificat pels trets d'immediatesa i de gravetat.

Per al que ací interessa, els trets que caracteritzen la institució del consentiment informat es poden sintetitzar de la manera següent: 1) és requisit indispensable i previ de l'actuació dels professionals sanitaris. Només la seua observança els legitima per a prendre decisions sobre la salut del pacient; 2) des de l'òptica del pacient, és un reconeixement de l'essència de la dignitat de la persona que es tradueix en el respecte a la seua llibertat, la seua capacitat de decidir autònomament; 3) en conseqüència, la seua omissió, llevat de les excepcions previstes en la llei, constitueix una infracció de la *lex artis*, potencialment generadora de conseqüències jurídiques.

La realitat posada de manifest sembla qüestionar, de vegades, la primacia dels valors de la informació i del consentiment i, per tant, la capacitat de decidir del pacient mateix. Esta realitat desplaça, en certa manera, l'essència de la relació metge/pacient envers la beneficència i capacitat dels professionals sanitaris per a decidir allò que es considera que més convé al pacient.

Els interlocutors en representació dels pacients van compartir que, en termes generals, la claredat de la informació facilitada pels professionals sanitaris és escassa, el procediment de comunicació deficient i l'esforç per a superar les barreres de comprensió limitat<sup>40</sup>. Estos col·lectius van propugnar l'establiment d'una nova cultura en matèria

---

<sup>40</sup> Entre els raonaments exposats per estos convé assenyalar els següents: 1) el consentiment és concebut, de vegades, com un instrument per a la defensa dels professionals i del centre sanitari, i no tant com a protecció i garantia de l'autonomia de la voluntat de la persona. No sempre és precedit d'informació adequada i suficient al pacient perquè este pugua adoptar lliurement una decisió sobre un procediment terapèutic o



d'informació sanitària. Es tractaria de facilitar un diàleg continuat entre professionals i pacients al llarg del procés assistencial. També cal un llenguatge accessible, senzill, clar i ajustat al receptor, especialment en supòsits de persones amb discapacitat. És igualment rellevant disposar de més informació per a l'efectivitat de possibles alternatives diagnòstiques i terapèutiques, especialment en mitjans rurals i insulars.

Els representants dels professionals sanitaris van fer palés, per contra, que, en termes generals, la informació facilitada als pacients és suficient, per bé que no resulta fàcil gestionar les seues expectatives, sobredimensionades de vegades, ni les situacions de saturació dels servicis<sup>41</sup>. No obstant això, van assenyalar que la informació facilitada no sempre oferix possibles alternatives terapèutiques. Tampoc es verifica en tots els casos si la informació ha sigut compresa pel pacient i no sempre es deixa constància de la informació facilitada en la història clínica. En termes semblants es van expressar els experts del col·lectiu de gestors<sup>42</sup>.

---

diagnòstic; 2) la redacció i l'alt contingut tècnic d'alguns models per a la formalització del consentiment en dificulten la comprensió. El llenguatge accessible, senzill, clar i ajustat al receptor adquirix una dimensió major en supòsits de persones amb discapacitat; 3) el consentiment hauria de prestar-se i, això no és així en tots els casos, d'una manera tal i en unes condicions que permeten la reflexió necessària, i valorar i prendre en la consideració exacta la informació que es proporciona. Facilitar la informació sense suficient temps perquè siga madurada equival a l'omissió del consentiment informat; 4) l'atenció a persones en situació vulnerable requeriria documents específics per a la prestació del consentiment, adaptats a les característiques especials de cada col·lectiu. Esta formalització hauria de fer-se després de consultar les organitzacions que representen estos pacients; 5) seria aconsellable elaborar estudis en l'àmbit de l'atenció primària sobre la capacitat de comprensió i les preferències quant a cures i tractaments de salut de persones de col·lectius vulnerables, a fi de projectar la seua percepció en supòsits d'atenció en els servicis d'urgència; 6) l'elaboració de documents per a la prestació del consentiment en idiomes estrangers facilitaria l'accés a la informació i l'efectivitat de l'autonomia de la voluntat en pacients d'altres nacionalitats; 7) després de formalitzar el consentiment, un significatiu nombre de pacients plantegen reclamacions que tenen connexió amb la manca d'una informació suficient i adequada.

<sup>41</sup> Entre altres manifestacions, els professionals van indicar: 1) el consentiment desplega tots els seus efectes en els servicis generals, però no en els servicis d'urgències; 2) les possibles opcions o alternatives diagnòstiques i terapèutiques es decidixen, en alguns supòsits, pels professionals sanitaris sense la participació del pacient. Per a justificar esta actuació s'adduïx que es tracta d'una decisió estrictament tècnica i que la confiança del pacient en el professional permet a este últim adoptar unilateralment la decisió que més convé a aquell; 3) es demana consentiment verbal en supòsits en què, segons la llei, s'hauria de formalitzar per escrit; 4) no es infreqüent que el pacient signe, de manera instantània i sense prou reflexió sobre el contingut, el document que se li presenta per a atorgar consentiment per escrit; 5) en procediments en què intervenen diversos especialistes se susciten, de vegades, controvèrsies quant al professional responsable de promoure el consentiment, amb la conseqüència que no és garantida l'autonomia de la voluntat del pacient.

<sup>42</sup> Entre els gestors es va fer una al·lusió especial a diversos aspectes: 1) la falta de formació dels professionals sanitaris sobre els aspectes ètics que presidixen l'autonomia de la voluntat dels pacients. Els comitès d'ètica hospitalaris haurien d'intervenir decididament en este àmbit; 2) la formalització de documents

En algunes opinions traslladades als defensors del poble per representants dels professionals subjau que la virtualitat del consentiment informat no sembla ser assumida en tots els casos. En certa manera i segons algunes expressions, esta institució jurídica es considera, de vegades, un mer procediment administratiu, la finalitat principal del qual seria exonerar de possibles responsabilitats en cas de reclamacions de pacients i no, com és, un procés el defecte del qual comporta un incompliment de la *lex artis*.

### 3.3.2 Instruccions prèvies

L'especificitat dels servicis d'urgències hospitalaris atorga un relleu especial a l'efectivitat de les instruccions prèvies dels pacients, una manifestació també del principi d'autonomia de la voluntat, i l'accés als registres d'estos documents.

Els participants en les Jornades van coincidir en l'escàs impacte de les instruccions prèvies. Entre els motius de la seua poca utilització es van considerar diferents factors: la falta de tradició a Espanya d'esta institució jurídica, la insuficient informació i alguns problemes de tipus cultural per a afrontar qüestions relacionades amb la mort. Van expressar també que, en termes generals, no se susciten problemes quant a l'aplicació de les instruccions prèvies, i figura en els sistemes informàtics d'alguns servicis de salut una icona que advertix sobre la seua existència. Es va plantejar l'existència de dificultats en els supòsits d'atenció a pacients d'una comunitat autònoma diferent de la de residència, com a conseqüència de dificultats d'interoperativitat de la història clínica. En estos casos caldria accedir al registre nacional d'instruccions prèvies, a través dels responsables dels registres autonòmics, un procediment ineficaç en supòsits d'urgència. Es va al·ludir a la necessitat de promoure campanyes d'informació i plans de formació per als professionals sanitaris per a difondre el coneixement de les instruccions prèvies.

### 3.3.3 Informació clínica

La història clínica integra el conjunt de documents que contenen les dades, valoracions i informacions de qualsevol índole sobre la situació i evolució clínica d'un

---

per a atorgar el consentiment que no garantix l'autonomia de la voluntat dels pacients, ja que ells es limiten a signar-los i desconeixen l'abast del seu contingut. Solament signar-lo, sense llegir prèviament el document i entendre'l, té la finalitat de garantir la seua existència però no la de facilitar informació adequada i suficient sobre la prova diagnòstica o el procediment quirúrgic; 3) la falta d'incorporació del document del consentiment informat a la història clínica, fet que arriba a motivar, de vegades, la suspensió de procediments quirúrgics.

pacient al llarg d'un procés assistencial. La seua finalitat és facilitar l'assistència i deixar constància de totes aquelles dades que, segons el criteri de professionals sanitaris, permeten el coneixement veraç i actualitzat de l'estat de salut del pacient. Este concepte se subsumix en un de més ampli, el de la documentació clínica, i es remet a un altre més concret, el d'informació clínica.

La informació obtinguda dels experts indica un panorama dispar sobre la implantació de la història clínica electrònica, segons es tracte d'un àmbit territorial o d'un altre. Les opinions expressades mostren els problemes que planteja la coordinació de les històries clíniques i la necessitat de promoure la implantació d'un sistema de compatibilitat que, atesa la diversitat de sistemes i tipus d'històries clíniques, possibilita el seu ús pels centres assistencials d'Espanya que atenguen un mateix pacient. Es tractaria d'assolir un grau superior de seguretat en els pacients i evitar que aquells que són atesos en diversos centres se sotmeten a exploracions i procediments d'innecessària repetició.

Es va advertir també sobre una sèrie de qüestions de rellevància pràctica en este àmbit: 1) el major risc d'efectes adversos com a conseqüència de la falta d'interoperativitat entre històries clíniques, especialment en col·lectius vulnerables; 2) el significatiu grup de població amb doble assegurança, sense connexió entre si a l'efecte de documentació clínica; 3) la impossibilitat d'accedir a la història clínica per part de personal d'emergències mèdiques, en supòsits en què la història clínica no és única o no està informatitzada; 4) les dificultats per a la inclusió automàtica en la història clínica informatitzada de les dades derivades del triatge; 5) l'estructura mateixa de la història clínica, el contingut de la qual no permet verificar, llevat d'algunes excepcions, la traçabilitat del pacient.

### 3.4 SEGURETAT DELS PACIENTS

L'Organització Mundial de la Salut ha declarat que «les intervencions d'atenció de salut es realitzen amb el propòsit de beneficiar els pacients, però també poden causar-los dany. La combinació complexa de processos, tecnologies i interaccions humanes que constitueixen el sistema modern de prestació d'atenció de salut pot aportar beneficis importants. Tanmateix, també comporta el risc inevitable que ocorreguen efectes adversos i, efectivament, ocorren amb massa freqüència<sup>43</sup>».

---

<sup>43</sup> OMS, *Calidad de la atención: seguridad del paciente*, 5 de desembre de 2001.

En la mencionada declaració s'assenyala també que, després de la publicació de l'informe de l'Institute of Medicine (IOM) titulat *To err is human*<sup>44</sup>, la seguretat dels pacients s'ha situat en el centre del debat públic arreu del món. Segons este informe, «entre un 4% i un 17% dels pacients que ingressen en un hospital patiran un accident imprevist i inesperat, derivat de l'atenció sanitària i no de la seua malaltia de base, que tindrà conseqüències en la seua salut i en les seues possibilitats de recuperació. En alguns casos, estos errors provocaran la mort. Als EUA s'ha estimat que entre 44.000 i 98.000 persones moren cada any per este motiu».

A Espanya, l'*Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos* (ENEAS), determina la incidència d'estes situacions relacionades directament amb l'assistència hospitalària, definix les seues causes immediates i en descriu les evitables. Segons este estudi, la incidència de pacients que han patit efectes adversos va ser del 8,40%, i se'n consideren evitables el 42,60%. En el 0,25% del total de pacients, els efectes adversos van ser causa directa de la defunció. El 9,60% dels casos va ocórrer en servicis d'urgències i en l'atenció prèvia a l'hospitalització<sup>45</sup>.

Les dades ressenyades i la seua interpretació requerixen tenir present que un significatiu percentatge dels efectes adversos deriva de situacions latents en el sistema mateix, i no de negligències o imprudències dels professionals sanitaris.

En els últims anys s'han incrementat les iniciatives en tots els sistemes de salut per a minimitzar els riscos en l'atenció sanitària. Així, l'OMS, a través de l'Aliança Mundial per a la Seguretat del Pacient, el Consell d'Europa i la Unió Europea, a través de recomanacions als estats membres i diversos estudis<sup>46</sup>, han impulsat estratègies i han proposat plans i mesures legislatives per a la consecució d'una atenció sanitària més segura.

Tal com es reflectix en el document esmentat, *Unidad de urgencias hospitalarias: estándares y recomendaciones*, «la saturació de la unitat d'urgències hospitalària

---

<sup>44</sup> Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan i Molla S. Donaldson (ed.), Washington, Institute of Medicine, National Academy Press, 2000.

<sup>45</sup> *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización*: ENEAS 2005, Madrid, Ministeri de Sanitat i Consum, 2006.

<sup>46</sup> *Special Eurobarometer 411, «Patient Safety and Quality of Care»*, Unió Europea, 2014.

dificulta la correcta atenció sanitària al pacient quan el temps d'instauració del tractament és fonamental (síndrome coronària aguda, ictus isquèmic agut, traumatisme greu); provoca retards diagnòstics; es relacionen amb un augment de la morbimortalitat; afavorix l'error humà; incrementa la mortalitat hospitalària i augmenta l'estada mitjana hospitalària<sup>47</sup>».

La llista de qüestions obertes al debat i plantejades en les jornades preparatòries d'este estudi incidia especialment en la detecció i prevenció d'efectes adversos i en la promoció de pràctiques segures, a través d'estratègies en àrees prioritàries, com a elements clau per a millorar la pràctica clínica. La participació dels experts es va centrar, bàsicament, en els sistemes de notificació i registre d'incidents i efectes adversos en el sector sanitari. D'això es dedueix que l'avaluació d'estos sistemes és un objectiu principal en matèria de seguretat del pacient.

Les associacions de representants de pacients consultades pels defensors del poble van fer també referència a: 1) la insuficient cultura dels professionals sanitaris quant a la seguretat i el reconeixement de l'error en la pràctica clínica; 2) l'escàs nivell d'investigació davant de reclamacions de pacients en matèria de seguretat; 3) la necessitat de potenciar unitats de gestió de riscos; 4) l'establiment d'estàndards de qualitat i de guies de bones pràctiques; 5) la importància de mediadors interculturals per a evitar efectes adversos.

Estos plantejaments coincidixen amb alguns dels que es van expressar en el taller d'experts convocat pel Ministeri de Sanitat, per a l'elaboració de l'informe «*Estrategia en Seguridad del Paciente*<sup>48</sup>». Entre les estratègies relacionades amb la implantació de sistemes de comunicació d'incidències i de seguiment i avaluació de la seguretat de pacients, el mencionat informe oficial ressaltava les següents: 1) implantar sistemes eficaços de notificació i planificació de mesures per a la reducció d'incidents; 2) informació sobre àrees i factors de risc a professionals i pacients; 3) formar especialistes en gestió de riscos; 4) impulsar sistemes de comunicació i anàlisi d'incidents; 5) despenalitzar per

---

<sup>47</sup> Ministeri de Sanitat i Política Social, *op. cit.*, p. 14.

<sup>48</sup> Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, *Estrategia de Seguridad del Paciente*, Madrid, 2005. Entre els problemes prioritaris del SNS en matèria de seguretat, a més dels que ja hem indicat, se n'al·ludien altres, com ara la falta de diàleg metge/pacient; la infrautilització de la informació existent (reclamacions) per a millorar la seguretat; l'escassa sensibilització dels professionals sobre la gestió de riscos o l'insuficient coneixement per part dels professionals sanitaris i la societat en general de la magnitud dels problemes de seguretat en l'atenció sanitària.

efectes adversos el personal sanitari; 6) coordinació institucional entre les comissions de gestió de riscos i les de reclamacions sempre que hi haguera resultats adversos.

L'experiència traslladada als defensors del poble, tant per representants de professionals com de gestors, va evidenciar que un percentatge elevat d'efectes adversos són evitables i que, en termes generals, no es declaren en els informes d'alta ni hi consten; la falta de cultura en matèria de seguretat i la por de possibles conseqüències jurídiques van ser dos dels principals factors exposats per a justificar la falta d'esta notificació. S'hi va al·ludir també al fet que l'actual marc legal a Espanya no ajuda a implantar sistemes de notificació d'efectes adversos. Alguns participants s'hi van posicionar en favor d'establir previsions legals que garantisquen la indemnitat del notificador d'estos esdeveniments des d'una perspectiva laboral i judicial. També s'hi va qüestionar el caràcter obligatori o voluntari de l'acte de notificació i l'acte formal de registrar estos esdeveniments, si els professionals no perceben que les notificacions promouen la seua reducció.

El fet que la màxima preocupació manifestada pels experts consultats es referisca als sistemes de notificació i registre d'efectes adversos, i els problemes que la seua creació pot implicar des d'un punt de vista jurídic, aconsella una revisió de les pràctiques ja existents i de les iniciatives legals en el dret comparat<sup>49</sup>.

Al nostre país, la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, determina, en l'article 59, els elements que integren la infraestructura de qualitat en el Sistema Nacional de Salut, i entre estos esmenta «el registre d'esdeveniments adversos, que recollirà informació sobre aquelles pràctiques que hagen

---

<sup>49</sup> Tant en el marc europeu como en l'internacional, alguns estats (EUA, Dinamarca, Gran Bretanya, Austràlia, Suècia i Holanda, entre d'altres) han establert sistemes de notificació d'esdeveniments adversos ratificats per marcs normatius adaptats a estos. El Consell de la Unió Europea va emetre la Recomanació de 9 de juny de 2009, sobre la seguretat dels pacients, en particular la prevenció i la lluita contra les infeccions relacionades amb l'assistència sanitària (*Diari Oficial de la Unió Europea*, C 151, de 3 de juliol de 2009), que assenyalava: «Es calcula que en els estats membres, entre un 8% i un 12% dels pacients ingressats patix efectes adversos durant el seu tractament». En l'àmbit jurídic del Consell d'Europa s'ha de citar la Recomanació (2006) del Comitè de Ministres, sobre la gestió de la seguretat dels pacients i la prevenció dels esdeveniments adversos no desitjables en les cures de la salut, de 24 de maig, que al·ludix al marc jurídic que escau implantar i al desenvolupament d'un sistema de notificació dels incidents relatius a la seguretat dels pacients, sota les premisses següents: 1) sistema no punitiu i independent d'altres mecanismes de regulació; 2) concebut per a incentivar els professionals sanitaris, a fi d'assenyalar els incidents de seguretat (procediment voluntari, anònim i confidencial); 3) facilitar la participació dels pacients; 4) garantir la protecció jurídica dels professionals en l'origen de la notificació per a no ser objecte d'investigació o de mesures disciplinàries.

resultat un problema potencial de seguretat per al pacient». L'article 60 d'esta Llei crea l'Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, un òrgan al qual correspon l'elaboració i el manteniment dels elements de la infraestructura de la qualitat. Existix, per tant, un mandat legal per a la configuració a Espanya d'un sistema de notificació i registre d'efectes adversos, la materialització del qual correspon a l'Agència de Qualitat esmentada.

El *Pla de Qualitat per al Sistema Nacional de Salut*<sup>50</sup> ha dissenyat una estratègia per a la prevenció d'efectes no desitjats i secundaris a l'atenció sanitària. Entre els objectius de la mencionada estratègia ressalta el referit a la configuració de sistemes de notificació d'efectes adversos: «Objectiu 8.2: dissenyar i establir sistemes per a la comunicació dels incidents relacionats amb la seguretat del pacient. L'objectiu primari d'un sistema de comunicació d'incidentes és millorar la seguretat del pacient aprenent dels errors. Els sistemes de comunicació d'incidentes no estan destinats a identificar i sancionar el personal sanitari involucrat en l'incident, sinó a aprendre dels errors i evitar que puguen tornar a repetir-se».

A Espanya coexistixen diferents models de notificació d'efectes adversos. Alguns, de caràcter obligatori, tenen caràcter sectorial (sistemes de farmacovigilància<sup>51</sup> i biovigilància<sup>52</sup>). El més estès té caràcter voluntari per als professionals sanitaris. Respecte d'este últim model, i segons l'Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut,

---

<sup>50</sup> Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, Madrid, 2010.

<sup>51</sup> Ja s'han produït iniciatives per a la notificació d'esdeveniments adversos, especialment en l'àrea de medicaments, un sector en el qual més s'ha desenvolupat el sistema de notificació. L'article 54 de la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, crea el Sistema Espanyol de Farmacovigilància, i entre els seus objectius figura «recollir, elaborar i, si escau, processar tota la informació útil per a la supervisió de medicaments i, en particular, la informació sobre reaccions adverses a estos». Este sistema partix de la col·laboració obligatòria en el sistema general de notificacions d'esdeveniments adversos, i assenyala que «en el Sistema Espanyol de Farmacovigilància estan obligats a col·laborar tots els professionals sanitaris».

<sup>52</sup> El Reial decret llei 9/2014, de 4 de juliol, pel qual s'establixen les normes de qualitat i seguretat per a la donació, l'obtenció, l'avaluació, el processament, la preservació, l'emmagatzemament i la distribució de cèl·lules i teixits humans, disposa en l'article 35.3 i sota l'epígraf Sistema de Biovigilància, que «tots els centres o les unitats que obtinguen i apliquen cèl·lules o teixits, com també els establiments de teixits, hauran de comunicar l'existència de qualsevol esdeveniment o reacció adversa».

«s'estima que el 95% de tots els efectes adversos no es documenten, és a dir, romanen ocults<sup>53</sup>».

Una de les qüestions que cal plantejar és, per tant, la relativa al possible disseny d'un sistema nacional de notificació i registre d'efectes adversos. Este disseny requeriria un context legal adequat, i la confiança i la participació activa dels professionals sanitaris.

La pràctica comparada mostra una diversitat de models de sistemes de comunicació d'efectes adversos en l'àmbit sanitari, l'avaluació dels quals pot oferir informació rellevant per a la seua eventual implantació a Espanya. Els trets d'estos models es caracteritzen pel seu caràcter no punitiu i la seua orientació exclusiva a la formació dels professionals i la prevenció d'errors. La possible connexió d'un esdeveniment advers a un supòsit de responsabilitat de professionals sanitaris constituïx una barrera per a l'efectiva implantació del sistema de notificació a què estem fent referència. Tal com s'ha assenyalat anteriorment, les raons esgrimides pels experts van ser que l'actual marc legal a Espanya no afavorix la seua creació pels obstacles legals (normativa processal, protecció de dades, secret professional, deures de denúncia i de declarar, etc.).

---

<sup>53</sup> Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, *Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos*, Madrid, Ministeri de Sanitat i Consum, 2006, p. 21.



## 4 ATENCIÓ A PERSONES EN SITUACIÓ VULNERABLE

L'atenció a les demandes urgents que provenen de persones que es troben en situació de vulnerabilitat constituïx un dels objectius principals assenyalats per a este estudi.

En un context d'anàlisi dels drets dels usuaris dels servicis d'urgències hospitalaris, anima la intenció de les institucions que la promouen a prestar una atenció singular a determinats col·lectius, en els quals concorren circumstàncies que poden menyscar la seua posició, tant a l'hora d'accedir al servici, com en el desenvolupament del procés assistencial en estos dispositius.

Este tractament diferenciat es justifica en la raó de ser mateixa dels defensors del poble, unes institucions que tenen el mandat de protegir els drets i les llibertats de la ciutadania i, molt especialment, els de les persones més desprotegides.

Al mateix temps destaca el volum de l'activitat dels servicis d'urgències hospitalaris que té com a destinataris estos segments de la població, que el fa esdevenir un element clau per a la gestió global de l'assistència, la qual cosa hauria de despertar l'interés de les administracions que tenen atribuïda esta comesa.

### 4.1 PERSONES IMMIGRANTS EN SITUACIÓ IRREGULAR

La modificació operada en el règim de titularitat del dret a l'assistència sanitària del sistema públic, per obra del Reial decret Llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per a garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seues prestacions, ha incidit significativament en el col·lectiu d'immigrants en situació irregular, en la mesura que canvia substancialment la seua posició quant a l'accés al Sistema Nacional de Salut<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> L'equiparació en l'accés a l'assistència sanitària amb les condicions en què ho estaven fent els espanyols, que establien la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, i la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, de drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seua integració social, a favor dels estrangers inscrits en el padró municipal, ha estat substituïda, amb la modificació de l'article 12 d'esta última llei, pels termes previstos en la legislació vigent en matèria sanitària i, per tant, primerament, per la regulació que hi ha continguda en el Reial decret Llei 16/2012 i desplegat en el Reial decret 1192/2012, de 3 d'agost, pel qual es regula la condició d'assegurat i beneficiari a l'efecte de l'assistència sanitària a Espanya amb càrrec a fons públics, a través del Sistema Nacional de Salut. Esta normativa reedita en un cert sentit el vincle assegurat-cotitzant, tot i que hi introduïx determinades mesures correctores. De la mateixa manera,

La conseqüència és que les persones estrangeres que no puguin acreditar una autorització per a residir en territori espanyol resulten excloses del sistema, i solament mantenen un limitat camp de drets. Alguns experts consultats per a l'elaboració d'este estudi han manifestat que esta modificació normativa ha comportat la baixa de 873.000 targetes sanitàries d'estrangers residents a Espanya<sup>55</sup>. La modulació del principi d'universalitat al qual tradicionalment ha evolucionat l'àmbit subjectiu del sistema sanitari públic, propiciada pel Reial decret llei 16/2012, ha suscitat contestació des d'àmbits molt diversos, que l'atribuïxen a criteris d'índole economicista.

Diverses comunitats autònomes van interposar recursos d'inconstitucionalitat davant d'esta norma<sup>56</sup> i s'han habilitat diversos mecanismes, amb una empara normativa dispar, per a contrarestar els efectes nocius que s'observen en la normativa estatal. L'heterogeneïtat presidix el panorama actual, en el qual coexistixen comunitats autònomes que apliquen la reforma al·ludida en sentit estricte, amb una majoria que ha arbitrat procediments per a dispensar assistència sanitària a les persones en situació irregular, amb major o menor abast.

Dins d'estes últimes es distingixen aquelles que duen a terme un reconeixement ple del dret d'accés i aquelles que compten amb programes especials associats a diversos

---

deixen d'estar coberts els immigrants que hagen obtingut autorització de residència després del 24 d'abril de 2012, llevat que, per un títol específic (p. ex., estar donat d'alta com a treballador per compte propi o d'altre), estiguen emmarcats com a assegurats o beneficiaris.

<sup>55</sup> Concretament, Metges del Món recull esta xifra en el seu informe *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*, abril 2014, p. 8, i es referix a una compareixença del president del Govern amb motiu de la presentació a la Comissió Europea del Programa Nacional de Reformes 2013, i concreta que esta xifra s'havia comptabilitzat des de l'1 de setembre de 2012 fins a la data de la compareixença. Tanmateix, la dada no permet determinar el col·lectiu de persones estrangeres que no tenen dret a l'assistència sanitària amb càrrec al SNS, ja que moltes baixes s'han pogut produir per l'eixida d'Espanya de les persones interessades, ni es concreta quina part afecta els ciutadans de la Unió Europea que poden tenir un títol propi d'assegurament pel seu país d'origen i, per contra, la dada tampoc no preveu les persones que han accedit a territori nacional després del 24 d'abril de 2012 i que no tenen reconegut *per se* este dret.

<sup>56</sup> Les comunitats autònomes d'Andalusia, Astúries, Canàries, Catalunya, Navarra i el País Basc van interposar recursos d'inconstitucionalitat contra determinats preceptes del Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril. En termes generals, el plantejament davant del Tribunal Constitucional reflectix diverses argumentacions, tot i que principalment s'està qüestionant la concurrència de l'«extraordinària i urgent necessitat» que s'exigix per a la fórmula jurídica utilitzada, l'eventual invasió de competències autonòmiques, i la mateixa configuració del dret a la protecció de la salut, al si del qual pren rellevància la qüestió que estem considerant, per l'eventual col·lisió de la mesura d'exclusió dels estrangers sense autorització de residència amb una interpretació dels preceptes constitucionals d'aplicació, davant dels convenis subscrits per Espanya.

condicionaments (normalment determinat temps d'empadronament previ), mitjançant l'expedició d'algun tipus de targeta o document acreditatiu<sup>57</sup>. Algunes han tractat d'implantar estes mesures a través de normes de desplegament, mentre que d'altres s'han limitat a elaborar protocols o instruccions internes<sup>58</sup>. La major part de les comunitats restants preveuen determinades excepcions per al tractament de malalts mentals, patiments crònics, o situacions que posen en risc la salut pública<sup>59</sup>.

El Reial decret llei 16/2012 preveu que els estrangers en situació irregular reben assistència sanitària en les modalitats següents: urgència per malaltia greu o accident, siga quina en siga la causa i fins a la situació d'alta mèdica; assistència a l'embaràs, part i postpart; cobertura en igualtat de condicions amb els espanyols per als menors de divuit anys. La pràctica diària dels centres assistencials evidencia una realitat diferent d'aquella que assenyala la norma, i destapa problemes subjacents a l'atenció sanitària d'urgència d'estes persones, que en principi estan cridades a rebre-la sense obstacles i en condicions de gratuïtat.

Diverses associacions i organitzacions no governamentals han fet arribar als defensors del poble estudis de casos sobre les irregularitats que s'estan produint en l'accés dels immigrants sense autorització de residència a l'assistència sanitària

---

<sup>57</sup> Andalusia i Astúries han establert procediments per a proporcionar assistència sanitària a persones immigrants en situació irregular, en les mateixes condicions que la resta de població resident. Aragó, Canàries, Cantàbria, Catalunya, Comunitat Valenciana, Extremadura i Galícia han promogut programes especials per a este col·lectiu.

<sup>58</sup> El Decret 114/2012, de 26 de juny, del Govern basc, sobre règim de les prestacions sanitàries del SNS en l'àmbit de la Comunitat Autònoma d'Euskadi, va ser recorregut davant del Tribunal Constitucional per l'executiu central, que va demanar que se suspenguera l'aplicació de bona part del seu articulat, tot i que el Ple d'aquell Tribunal la va alçar parcialment. Mitjançant l'Ordre de 4 de juliol de 2013, el Govern basc va regular el procediment per al reconeixement de l'assistència sanitària a qui no té la condició d'assegurat o de beneficiari, que també va ser objecte de recurs per part del Govern central, tot i que la seua tramitació ha estat suspesa pel Tribunal Superior de Justícia del País Basc, de manera que manté la seua vigència fins que es resolga el conflicte de competències entre l'Estat i Euskadi en este assumpte.

La Llei foral 8/2013, de 25 de febrer, per la qual es reconeix a les persones residents a Navarra el dret d'accés a l'assistència sanitària gratuïta del sistema públic sanitari de Navarra, també va ser recorreguda davant del Tribunal Constitucional pel president del Govern, i se n'ha decretat la suspensió mentre se substancia el recurs.

<sup>59</sup> Segons els casos, Castella i Lleó, la Comunitat de Madrid, les Illes Balears i la Regió de Múrcia.

d'urgència, i de l'esforç que els interessats i les mateixes entitats socials han de fer per a resoldre les dificultats existents a l'hora de buscar remei per als problemes de salut que els afecten<sup>60</sup>.

Des d'una perspectiva global, hi ha dos tipus de problemes que dificulten el compliment efectiu de les prescripcions legals en esta matèria: 1) la pràctica freqüent de supeditar l'assistència sanitària urgent a la signatura d'un compromís de pagament, com també l'emissió de factures amb la liquidació de despeses; 2) la ruptura de la continuïtat assistencial.

#### **4.1.1 Compromís de pagament i facturació de l'assistència d'urgència**

Els representants de les entitats participants en la primera jornada preparatòria d'este estudi van posar reiteradament de manifest l'existència de traves administratives per a l'accés a l'assistència sanitària urgent en centres hospitalaris.

La pràctica d'expedir documents per a comprometre els pacients al pagament de l'assistència rebuda és freqüent i opera amb caràcter previ a la pròpia classificació en triatge, des del moment que l'immigrant compareix en el servici d'admissió i se li prenen les dades.

Este mode de procedir se substancia en instàncies administratives i és previ a l'activitat dels professionals sanitaris, els quals dispensen un tracte igualitari als membres d'este col·lectiu, fins al punt d'arribar a desconèixer en la majoria dels casos les particularitats de la seua situació administrativa.

La mancança de targeta es traduïx en un indicador apriorístic del dret dels usuaris, perquè la seua absència és suficient per a gestionar el compromís de pagament o expedir la factura de despeses, amb la intenció de tractar d'assegurar la cobertura econòmica de l'assistència que s'hi proporcione. El principal problema es presenta a l'hora d'acreditar la concurrència dels requisits que determinen el dret, perquè la possible comprovació de la situació administrativa dels usuaris a través del contacte amb l'òrgan competent que poguera donar-ne fe, al marge de la seua complexitat, planteja més efectes perniciosos

---

<sup>60</sup> Informe sobre el impacto de la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012 en personas con cáncer, extranjeras en situación irregular, Associació Espanyola Contra el Càncer (AECC), juliol de 2014. Informe de vulneraciones del derecho a la salud en atención de urgencias a personas inmigrantes sin tarjeta sanitaria, Metges del Món, 2014. El impacto de la reforma sanitaria, Càritas, 2014.

que beneficis per a l'afectat, en la mesura que fa palesa la seua situació d'irregularitat davant de les autoritats.

En esta circumstància, es demana a un immigrant que acredite una circumstància negativa, és a dir, que no està en situació regular a Espanya. Els termes de la norma quant a això resulten inequívocs, en afirmar el dret a l'assistència sanitària d'urgències. Així doncs, l'operativa administrativa hauria d'organitzar-se d'una manera distinta, a fi de no privar d'eficàcia pràctica este dret. Una possible solució passaria per establir una via d'interlocució a través dels servicis socials hospitalaris, una vegada produïda l'atenció dels interessats o en paral·lel amb familiars o propparents, a fi d'establir raonablement la situació d'irregularitat només a l'efecte de l'administració sanitària. Una altra possibilitat seria que els mateixos servicis de salut acreditaren a través d'algun document, diferent de la targeta sanitària, la situació concreta d'estes persones i el seu dret a l'atenció sanitària urgent, de manera que el document esmentat evitara compromisos de pagament i facturacions<sup>61</sup>, que comporten una càrrega burocràtica en bona part inútil, i que tenen un efecte dissuasori<sup>62</sup>.

En la jornada que es va desenvolupar amb els representants d'associacions de pacients i organitzacions no governamentals es va apuntar que els membres d'este col·lectiu —especialment aquelles persones amb irregularitat sobrevinguda— s'enfronten amb temor de l'obligació de subscriure un compromís de pagament, o a la possibilitat que es facture l'assistència, amb les implicacions que estes pràctiques els podrien causar<sup>63</sup>. Això pot conduir a l'autoexclusió d'una prestació respecte de la qual ostenten un dret reconegut. Les entitats socials alerten sobre el fet que estes persones estan deixant d'acudir als servicis d'urgències hospitalaris quan tenen un problema de salut, reforçades

---

<sup>61</sup> Es constata que la facturació emesa rares vegades conclou amb el cobrament del seu import, ja que normalment no s'arriba a la via de constrenyiment o es tramita la seua comptabilització.

<sup>62</sup> La definició de l'OMS residència en el pacient, o en aquelles persones que fan la demanda d'atenció, la consciència de la necessitat d'assistència immediata per al problema de salut que es presenta. Cal no oblidar que urgència no és igual que emergència, ja que no requerix que es pose en perill immediat la vida o la funció d'un òrgan, i pot tenir causa diversa i gravetat variable.

<sup>63</sup> D'acord amb el que hi ha previst en l'art. 37.1 de la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seua integració social, l'incompliment de les obligacions en matèria tributària i de seguretat social pot perjudicar la renovació dels permisos de residència temporal.

també en este comportament per la disposició de cartelleria i altres mitjans que en els centres mostren advertències relacionades amb l'exigència inexcusable de la targeta sanitària.

#### **4.1.2 Garantia de la continuïtat assistencial**

L'atenció del problema de salut que determina l'assistència sanitària urgent normalment se circumscriu, en el cas dels estrangers en situació irregular, a l'episodi hospitalari, i com a màxim s'estén si se'n decreta l'ingrés, i exclusivament durant el temps que este dure.

A partir d'este moment sorgixen dificultats perquè el pacient siga derivat a altres dispositius assistencials, ja siguen d'atenció primària, ja siguen especialitzats, des dels quals caldria efectuar-ne el seguiment, incloent-hi la pràctica de les proves diagnòstiques i la instauració dels tractaments mèdics, quirúrgics o farmacològics que foren necessaris.

La situació d'urgència es delimita temporalment per l'emissió de l'alta mèdica, però este concepte es confon habitualment amb l'alta hospitalària. No obstant això, la primera pressuposa l'atenció integral del problema fins a la seua millora o curació, mentre que la segona implica exclusivament que s'ha procurat assistència en la fase aguda, però no exclou la necessitat d'actuacions posteriors.

Quan la prestació hospitalària d'urgència a un estranger en situació irregular finalitza, comencen les dificultats per a l'assignació de cites, si no la denegació d'estes per als successius passos assistencials, alhora que es produïx un buit respecte de la prestació farmacològica, perquè la prescripció realitzada en urgències no és seguida per les successives receptes que siguen necessàries.

La predisposició dels professionals sanitaris i de treball social per a intentar assegurar el seguiment dels pacients que ho necessiten va ser ressaltada pels participants de la jornada que va reunir el moviment associatiu, però al mateix temps van manifestar la necessitat que la garantia de la continuïtat assistencial no depenga de compromisos individuals o actes de solidaritat.

La limitació del dret dels immigrants en situació irregular a l'atenció d'urgències i la incorrecta interpretació del seu abast provoca que les persones que patisquen processos crònics o aquelles que han de completar el diagnòstic i tractament puguen ser obligades a acudir de nou als servicis d'urgències hospitalaris.

Les conseqüències també es deixen sentir en termes de salut, perquè es retarda l'atenció i el diagnòstic, que de vegades es produïx en estats avançats de la patologia, i limita les expectatives de recuperació del pacient. Davant de l'aparició de qualsevol tipus de simptomatologia, els afectats en esta situació tendixen a esperar fins que es produïx un agreujament que fa ineludible l'assistència hospitalària d'urgència.

Segons els experts consultats, l'estalvi econòmic que es podria pretendre amb la limitació de cobertura assistencial a l'atenció sanitària d'urgències no resulta apreciable, sinó que, ben al contrari, es produïx un increment del cost a llarg termini, que resulta de la necessitat d'aplicar tractaments curatius, davant de la menor onerositat de les mesures de prevenció i diagnòstic primerenc en el nivell d'atenció primària.

#### 4.2 ATENCIÓ I ACOMPANYAMENT A PERSONES EN SITUACIÓ DE FRAGILITAT

Determinats grups de població estan cridats a ser subjectes d'actuacions específiques, com també de programes especials i preferents en el marc del nostre sistema sanitari. La situació de vulnerabilitat d'alguns col·lectius menyscaba la seua posició en l'entramat assistencial sanitari i, de manera més acusada, en els servicis d'urgències hospitalaris.

La naturalesa de les malalties que determinen la demanda d'assistència sanitària urgent, l'exigència d'urgència que comporta la seua atenció i la complexitat del procés que es desenvolupa en estos servicis mostren clarament la necessitat de dur a terme actuacions que permeten compensar l'especial desemparament a què molts col·lectius han d'enfrontar-se.

Al llarg de la primera jornada preparatòria d'este estudi es van desgranar estes necessitats i es van compartir experiències que van evidenciar la gran heterogeneïtat de pràctiques existent. El relat efectuat pels col·lectius representats va portar a advertir que algunes demandes són comunes a la majoria dels grups, mentre que d'altres apareixen únicament vinculades a algun o alguns d'ells.

Amb caràcter preliminar se suscita la qüestió de la identificació primerenca dels pacients més fràgils. Segons el parer d'algunes persones intervinents en la referida jornada, caldria proporcionar a estos pacients o als seus curadors algun mitjà que permetera identificar-los amb promptitud, mentre que d'altres argumentaven la suficiència a este efecte de les dades contingudes en la història clínica digital. S'hi va indicar també que algunes experiències amb l'ús de targetes identificadores no estan resultant totalment efectives per a agilitar l'assistència.

L'examen dels perfils de pacients més fràgils a l'hora de requerir i rebre assistència en els servicis d'urgències dels hospitals planteja un doble debat: el de l'acompanyament d'estos pacients per familiars o propparents durant l'itinerari del procés assistencial en el servici, i el que es vincula a la prioritizació de la seua assistència.

El debat sobre l'acompanyament ha de resoldre's favorablement segons l'opinió de tots els sectors consultats, però la seua materialització no està exempta de complicacions, lligades a l'estructura física dels centres, com també al grau de regulació de la mesura, que en la majoria de casos es troba escassament articulada, de vegades incorporada a un protocol, i de vegades ni tan sols això.

La prioritizació en el triatge i en l'atenció sanitària es configuren també com a opcions per a acurtar els temps d'espera, que resulten recomanables en molts casos, però el seu establiment resulta igualment complex i és font de polèmica, en la mesura que implica la prelación d'uns pacients respecte d'altres, i necessita la fixació d'uns criteris apriorístics estrictes per a dur a terme esta diferenciació. L'opinió majoritària dels experts consultats, però, assenyalava la conveniència de continuar avançant en este camí, tot generalitzant bones pràctiques, que poden arribar a la fixació d'espais específics per a determinats col·lectius de pacients.

#### 4.2.1 Menors d'edat

La Carta Europea dels Xiquets Hospitalitzats preveu expressament el dret del menor «a estar acompanyat dels seus pares o de la persona que els substituïska el màxim de temps possible durant la seua permanència en l'hospital» sense que el seu exercici haja de «perjudicar de cap manera ni obstaculitzar l'aplicació dels tractaments a què cal sotmetre el menor<sup>64</sup>».

Els experts consultats van evidenciar els importants beneficis que es deriven d'este acompanyament, el qual apareix fins i tot indicat quan són necessaris tractaments invasius o proves doloroses, malgrat que de vegades puguen existir reticències d'alguns

---

<sup>64</sup> Resolució A2-25/86 del Parlament Europeu (*Diari Oficial de les Comunitats Europees*, 13 de maig de 1986).



professionals sanitaris en estos supòsits<sup>65</sup>. No obstant això, es constata l'efecte positiu de la presència familiar per a disminuir l'estrés dels menors i afavorir l'eficàcia de les teràpies.

La conscienciació dels professionals respecte d'això es va fer palesa en les tres jornades preparatòries d'este estudi, la qual cosa no evita que en alguns casos es presenten dificultats relacionades amb dèficits en les infraestructures. No són, però, els servicis d'urgències hospitalaris, sinó les unitats de vigilància intensiva pediàtriques aquelles que presenten més limitacions per a l'efectivitat d'este acompanyament, a causa dels seus horaris d'accés més restringits i d'altres dificultats afegides.

El medi físic dels hospitals també incidix quant a la disponibilitat d'espais específics i separats dels corresponents als adults<sup>66</sup>. Els experts consultats van mostrar clarament les diferències existents en este aspecte d'acord amb el nivell de l'hospital.

Hi ha hospitals que poden disposar d'un edifici exclusiu per a l'hospitalització dels menors, amb un servici d'urgències singularitzat o, en tot cas, amb accés propi i circuits pràcticament independents; i n'hi ha uns altres que, lògicament, en la mesura que estan cridats a atendre un volum de població molt inferior, i comptabilitzen menys urgències pediàtriques (p. ex., hospitals comarcals), no poden comptar amb mitjans per a satisfer esta aspiració. L'atenció diferenciada es planteja en tot cas com un objectiu que, com a mínim, hauria de materialitzar-se en l'habilitació d'àrees específiques per a menors en les sales d'espera dels servicis d'urgències de tots els centres hospitalaris.

L'exigència de qualificació específica per al personal sanitari que assistix els menors en els servicis d'urgències també es deriva de la singularitat d'este col·lectiu. Els professionals participants en la jornada preparatòria d'este estudi van mostrar un interès unànim a reclamar-la; tot i que no la van identificar necessàriament amb l'especialitat de pediatria, sí que la van traduir per a reclamar una experiència i capacitat adequades en els metges d'urgència.

---

<sup>65</sup> La referida Carta Europea també reconeix el dret del menor de contactar amb els seus pares o la persona que els substituïska en moments de tensió.

<sup>66</sup> Sobre esta qüestió cal tenir en compte el document de la Societat Espanyola d'Urgències Pediàtriques (SEUP), *Normas y estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricas y centros de instrucción en medicina de urgencias pediátricas*. Consulteu-lo en: <<http://www.seup.org/qt/qtcalidad.html>>.

#### 4.2.2 Majors amb dèficit cognitiu

Una vegada constatada la tendència sociodemogràfica cap a l'envelliment de la població, els estudis epidemiològics mostren l'elevada incidència actual de les malalties neurodegeneratives i, significativament, de la malaltia d'Alzheimer<sup>67</sup>.

Les alteracions en la memòria, les limitacions per a dur a terme activitats de la vida diària, la desorientació i els trastorns de conducta (agitació, agressivitat, etc.) dificulten el tracte d'estos pacients en l'entorn sanitari.

Per als experts consultats, este col·lectiu presenta necessitats d'acompanyament en els servicis d'urgències hospitalaris semblants a les dels menors d'edat, perquè segons l'estadi de la malaltia, la comunicació pot resultar complicada o fins i tot inviable, per la qual cosa cal imposar-hi la presència d'un interlocutor. També es reclama més formació dels professionals sobre estes malalties, com també el seu entrenament en habilitats per a la seua acollida i tractament.

Es tracta d'evitar que les persones majors puguen arribar a ser víctimes de l'intervencionisme i l'alt nivell resolutiu d'estos dispositius assistencials, i que el maneig simptomàtic dels processos que els afecten conduïska al sobretractament. La situació que motiva la demanda d'atenció urgent pot justificar l'adopció de determinades mesures (administració de neurolèptics, implantació de sonda nasogàstrica, etc.), però si no es fa un seguiment atent més enllà de l'actuació en urgències, es pot incórrer en una polimediació innecessària. Estos riscos aconsellen, una vegada més, la millora dels mecanismes de coordinació entre els servicis d'urgències hospitalaris i els altres nivells assistencials a fi que este tipus de situacions puguen corregir-se. Esta coordinació ha d'incloure els centres en què molts d'estos pacients residixen i que sovint compten amb els seus propis professionals sanitaris.

---

<sup>67</sup> En l'any 2007, la publicació *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer* (IMSERSO, col·lecció «Documentos», núm. 21011, p. 19) xifrava en 400.000 els pacients per esta malaltia. Des d'una perspectiva més sociofamiliar, Aulestia Urrutia, K., de CEAFA, xifrava en un 1,5 milions de persones que experimentaven el seu impacte directe. («El Alzheimer en España», *Enlace en Red*, núm. 25, desembre 2013, pàg. 24 i seg.).

### 4.2.3 Les persones amb malaltia mental

La intervenció davant de quadres aguts i d'ingressos involuntaris urgents de les persones afectades per malaltia mental posen a prova la resposta assistencial dels servicis hospitalaris d'urgència. La complexitat que planteja l'abordatge d'este tipus de situacions, en les quals poden veure's implicats múltiples agents (familiars, dispositius d'emergències i d'atenció a la salut mental, forces de seguretat o instàncies judicials, etc.), pot posar en risc el respecte dels drets d'estos pacients<sup>68</sup>.

L'acompanyament o el trasllat d'estos pacients per part dels membres de les forces i cossos de seguretat, amb els mitjans que empen de vegades (sirenes, uniformes, manilles, llaços de seguretat, ...), incidix en la seua estigmatització i perjudica el seu estat. Per tal d'ajudar a resoldre les dificultats que es poden plantejar durant el procés assistencial o quan es duu a terme l'ingrés hospitalari, les associacions que atenen este sector reclamen que l'acompanyament pels membres de les forces i cossos de seguretat siga substituït, com a mínim una vegada que el malalt ha accedit al recinte de l'hospital, per persones especialment formades en l'atenció de la malaltia mental, entrenades en habilitats de negociació i contenció, que faciliten la comunicació amb el pacient, i en el cas que esta no siga possible, amb el seu metge de referència.

Esta figura de suport també estaria cridada a evitar, o si més no disminuir substancialment, la utilització de mesures de subjecció mecànica, la prolongació injustificada de la qual ha estat denunciada igualment.

Amb tot, la formació dels professionals en el coneixement de la malaltia mental i l'atenció a les persones que la tenen afavoriria també la seua assistència en els servicis d'urgències, quan hi acudixen per causes alienes a les que estan relacionades amb esta afecció, i impediria diagnòstics apriorístics exclusivament basats en la seua malaltia mental, que podrien esquivar altres problemes de salut.

---

<sup>68</sup> L'article 9.1 del Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics de 1966 reconeix el dret a la llibertat i la seguretat personals, amb la consegüent garantia de legalitat en la seua restricció, l'abast de la qual ha estat interpretat per resolució del Comitè de Drets Humans de l'ONU, i s'ha declarat aplicable a totes les formes de privació de llibertat, incloses aquelles que porten causa de malalties mentals.

#### 4.2.4 Les persones amb discapacitat

La Convenció de Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat configura l'accessibilitat com un dels seus principis inspiradors, d'aplicació, entre altres àmbits, als servicis mèdics, i reconeix el dret d'este col·lectiu a gaudir del més elevat nivell possible de salut, sense ser discriminats per esta circumstància<sup>69</sup>. El Comitè de Seguiment d'esta Convenció, en les seues observacions finals al primer informe presentat per Espanya, després de reconèixer els avanços normatius i les mesures positives adoptades, entre d'altres, en el sector de la salut, fa especial referència als objectius d'accessibilitat universal que consagra l'anterior Llei 51/2003, de 2 de desembre, d'igualtat d'oportunitats, no-discriminació i accessibilitat universal de les persones amb discapacitat, integrada ara en el text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seua inclusió social<sup>70</sup>.

Els representants de les persones amb discapacitat que han col·laborat en els treballs previs d'este estudi han apel·lat a este marc normatiu, en el moment d'indicar els problemes que encara continuen obstaculitzant l'accessibilitat d'este col·lectiu en els servicis hospitalaris d'urgència.

Alguns d'estos problemes es produïxen a causa de la falta de mitjans per a resoldre les limitacions que poden presentar estos pacients per a la comunicació, significativament els afectats per discapacitats de naturalesa sensorial, tot i que no exclusivament.

En concret, la intervenció d'intèrprets de llengua de signes per a afavorir la comprensió amb les persones sordes es resol normalment amb la subscripció de convenis amb entitats del moviment associatiu, encara que no s'aconsegueix garantir la disponibilitat d'aquells en poblacions més xicotetes o en l'entorn rural.

També és habitual que les entitats representants de persones amb discapacitat assenyalen la insuficient incorporació de senyals i indicacions en llenguatge braille o la falta d'adaptació de mobiliari i espais en els servicis hospitalaris de nous centres, i en este punt limiten l'autonomia de les persones amb discapacitat visual i mantenen, per tant, la necessitat d'acompanyament. Les mancances d'este tipus en els nous hospitals són menys justificables per consideració a la normativa vigent sobre accessibilitat.

---

<sup>69</sup> Es va adoptar per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 13 de desembre de 2006 i forma part de l'ordenament jurídic espanyol des del 3 de maig de 2008.

<sup>70</sup> Comitè sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, sisé període de sessions, del 19 al 23 de setembre de 2011, *Observaciones finales al informe inicial de España* (CRPD/C/ESP/CO/1).

La consulta amb els experts ha evidenciat una demanda tendent a potenciar la comunicació amb la persona amb discapacitat, fins i tot partint de les dificultats que esta puga comportar, com a mesura d'apoderament del pacient i de foment de la seua autonomia de la voluntat.

La falta de material adaptat o de mitjans de suport és un condicionant afegit, sobretot per als pacients que presenten greus problemes de mobilitat.

#### **4.2.5 Els malalts amb patiments crònics**

L'impacte de l'atenció a este col·lectiu en el treball dels servicis hospitalaris d'urgència ja s'ha posat de manifest al llarg d'este estudi. La garantia de la continuïtat assistencial en relació amb este col·lectiu ha motivat iniciatives del Sistema Nacional de Salut per a millorar la coordinació entre els distints nivells assistencials, amb l'objecte d'evitar el trànsit indesitjat d'estos malalts fora del seu entorn domiciliari, més enllà dels casos en què resulte absolutament necessari.

*L'Estratègia per a l'Abordatge de la Cronicitat en el Sistema Nacional de Salut* és prou expressiva de les dificultats que afronten «les persones amb condicions de salut i limitacions en l'activitat de caràcter crònic», sobretot quan presenten «pluripatologia, comorbilitat o situacions d'especial complexitat», per la falta d'adequació per a l'atenció a les seues necessitats per part d'una organització que potencia l'aspecte curatiu dels processos aguts, sobre els aspectes preventius i la perspectiva de cures<sup>71</sup>.

Tots els sectors consultats per a l'elaboració d'este estudi han coincidit a assenyalar que la presència d'este tipus de malalts en els servicis d'urgències dels hospitals resulta moltes vegades innecessària, si no perjudicial, ja que els processos que els afecten es podrien solucionar en altres nivells assistencials més pròxims i accessibles. La falta d'un suport adequat en atenció primària està en l'origen de moltes visites als servicis d'urgències que admetrien altres procediments de canalització.

La identificació prèvia d'este tipus de pacients i l'avaluació del seu nivell de necessitat permeten dur a terme un abordatge molt diferent de la seua situació, en el qual guanyen protagonisme els equips multidisciplinaris, l'atenció en el domicili i la millor coordinació entre els diversos agents sanitaris i socials.

---

<sup>71</sup> Aprovada pel Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut el 27 de juny de 2012.

## 4.3 ATENCIÓ A PERSONES AMB INDICIS DE RISC O CONFLICTE

### 4.3.1 *Detecció de situacions de maltractament*

Els servicis d'urgències dels hospitals són configurats com a observatoris privilegiats per a la detecció de situacions de risc o maltractament que poden afectar diferents col·lectius de persones.

L'assistència que s'hi presta pot permetre l'apreciació d'indicis o fins i tot de proves d'estes situacions, davant de les quals és necessari arbitrar la resposta oportuna i intentar garantir l'estat de salut d'aquelles persones que en siguen afectades, i alhora activar els mecanismes de cooperació entre els organismes cridats a intervenir en estos casos sense obviar, quan siga necessari, el recurs directe a les instàncies judicials.

Pel que fa al maltractament, la tipologia n'és molt diversa, com també el perfil dels qui el suporten, tot i que a este efecte el debat se centra en les persones menors d'edat, les majors i les dones víctimes de violència de gènere.

Els participants en les jornades preparatòries d'este estudi han evidenciat l'existència generalitzada de protocols i d'eines dirigits a la detecció i notificació primerenca de les situacions de risc per maltractaments o violència de gènere.

Els documents elaborats contenen definicions, guies de valoració i recomanacions diverses, i dissenyen el *modus operandi* de la intervenció de cadascun dels agents amb responsabilitat en el procés, amb especial referència a l'àmbit de l'actuació sanitària, i fins i tot detall d'aquelles específicament corresponents als servicis d'urgències<sup>72</sup>.

Els professionals que van concórrer a la segona jornada preparatòria del present estudi van fer palesa la complexitat que entranya la seua detecció, per les característiques de l'assistència que s'oferix en estos dispositius, com també l'actuació i la comunicació dels resultats d'aquella en un entorn en què pot estar present el maltractador, ja que, de vegades, pot interessar-se per la víctima o fins i tot acompanyar-la.

---

<sup>72</sup> En el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género* del Ministeri de Sanitat, Servicis Socials i Igualtat (2012) s'advertix que les lesions i els símptomes de les pacients que acudixen als servicis d'urgència presenten sovint més gravetat i, després de determinar la necessitat de mantenir una actitud d'alerta davant els signes i símptomes que pogueren evidenciar maltractaments, estableix els principis de l'actuació assistencial, la valoració de la seguretat, la informació i derivació institucional, com també l'actuació legal (pàg. 63 i seg.).

S'hi va plantejar també la necessitat de comunicar les actuacions dutes a terme en urgències al nivell d'atenció primària, amb l'objecte que prossegueixca la investigació de les sospites o garantisca la continuïtat de les cures.

La intervenció de les unitats de treball social resulta imprescindible per a coordinar les actuacions, començant pels mateixos professionals de l'hospital, encara que sobre això se susciten problemes per la falta de concordança de la jornada d'aquells amb el sistema d'atenció ininterrompuda que comporta el funcionament dels servicis hospitalaris d'urgència.

El protagonisme dels professionals sanitaris a l'hora de detectar i tractar les situacions de risc i maltractament evidencia, una vegada més, la seua necessitat de formació, fins al punt que la inclusió d'estos continguts en els plans de formació continuada és una constant recollida en els protocols d'intervenció<sup>73</sup>.

La gravetat de la situació també pot exigir que s'atorgue un tracte singularitzat als demandants d'assistència que prioritze la seua atenció<sup>74</sup>, o que se'ls ubique en espais separats en la mesura que siga possible, per a tractar d'evitar a les víctimes (sobretot en els casos d'agressions sexuals) el greuge que pot implicar la seua visualització per altres pacients o ocupants de les sales d'espera i altres destinacions del circuit assistencial.

#### 4.3.2 Situacions de risc social

La probabilitat que els servicis d'urgències hospitalaris constituïsquen el nivell assistencial en què per primera vegada es posen de manifest evidències de risc social per a algunes persones va portar els experts consultats a cridar l'atenció sobre la conveniència d'introduir-hi un sistema d'alertes o «casos sentinella», dirigits al nivell d'atenció primària i als servicis socials, amb l'objecte de provocar la seua reacció i propiciar la continuïtat de l'assistència i de les actuacions investigadores.

<sup>73</sup> Per a exercir correctament les funcions de detecció i diagnòstic que corresponen als servicis de salut, el *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar* (Observatori de la Infància, juny de 2014), estableix: «Les administracions públiques hauran de desenvolupar programes de sensibilització i formació contínua del personal sanitari, a fi de millorar el diagnòstic precoç i l'assistència als xiquets i adolescents maltractats» (p. 22).

<sup>74</sup> Els xiquets i adolescents víctimes de maltractament hauran de rebre atenció sanitària prioritària i urgent, segons el que calga en cada cas (apartat 6.2.2.3 del *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar*).

De la situació de risc social poden participar molts col·lectius, les peculiaritats dels quals es comenten en este capítol, però la realitat de les persones sense llar resulta paradigmàtica a estos efectes, perquè a l'absència de llaços familiars i connexions socials o laborals s'unix l'especial predisposició cap a la malaltia que es deriva dels condicionaments propis del seu règim de vida.

Els experts consultats per a la realització d'este estudi van advertir sobre un increment de la freqüentació dels servicis d'urgències hospitalaris per part d'este col·lectiu, la intenció dels quals en alguns casos no va més enllà de la recerca d'un sostre.

Esta situació, però, entranya un risc important des de la perspectiva assistencial: la possibilitat que se centren en la problemàtica social i que esta prevalga sobre la dimensió sanitària, fins al punt d'obviar els problemes de salut que motiven la seua compareixença en el servicis d'urgències, els quals poden quedar relegats amb conseqüències severes.

L'opinió dels experts indica un menor nivell de protocol·lització en este àmbit. No obstant això, davant de les circumstàncies, estos protocols són necessaris i han de complir una doble funció. D'una banda, han de contenir el disseny de l'assistència adequada a estos pacients en els servicis hospitalaris d'urgència, de manera que les circumstàncies socials, pel risc afegit que poden comportar per al desenvolupament de determinades malalties, esdevinguen un element legitimador d'una atenció més exhaustiva. D'una altra banda, els protocols han de descriure també els mecanismes per a assegurar l'atenció del pacient després de l'alta, tenint especialment en compte que normalment no té un entorn que facilite el compliment de les indicacions terapèutiques.

La intervenció en estos casos normalment pivota sobre l'actuació dels treballadors socials de l'hospital, i la coordinació que promouen amb el nivell d'atenció primària i els servicis socials comunitaris, i guanya rellevància a estos efectes el mapa de recursos socials a què els afectats puguen ser derivats.

El problema sorgix davant de la inidoneïtat de l'àmbit hospitalari per a servir com a residència alternativa en què refermar la continuïtat assistencial, i per la falta d'espais sociosanitaris als quals estes persones puguen accedir temporalment, mentre es resol la malaltia i s'analitza la seua situació amb idea d'assolir una altra solució més duradora. Esta situació requereix una coordinació especialment intensa, que assegure la vinculació entre l'alta hospitalària i l'assignació d'un recurs adequat.



#### 4.4 PERSONES EN CUSTÒDIA

L'atenció sanitària d'urgència a persones que es troben en situació de custòdia a càrrec de les forces i cossos de seguretat també planteja singularitats dignes de tenir en compte.

Tradicionalment es considera que estes persones són afectades per una relació de subjecció especial, en què la major intensitat del sotmetiment respecte de l'Administració, en relació amb la resta de la ciutadania, es tradueix en una modulació dels seus drets fonamentals, que poden ser objecte de majors restriccions.

La compareixença d'estes persones com a pacients en els servicis d'urgències pot alterar el funcionament normal d'aquells. La seua sola presència, i els condicionants que imposa el continuat acompanyament policial, que es prolonga de vegades durant períodes més o menys llargs en sales d'espera o àrees d'observació, produïx una certa disfunció i pot provocar tensió, tant als professionals, com a la resta dels pacients. D'altra banda, des de la perspectiva de la persona custodiada, esta cohabitació exposa la seua condició com a tal i, amb això, afecta el seu dret a la intimitat.

Amb vista a evitar perturbacions d'esta naturalesa, les persones que prengueren part en els treballs previs a este estudi es van manifestar a favor de comptar amb zones separades habilitades a este efecte, en estos dispositius assistencials.

D'acord amb la disponibilitat i les circumstàncies del pacient (la perillositat potencial), el criteri mèdic i el grau de col·laboració dels agents policials, hi ha opcions diverses que inclouen la possibilitat de prioritzar l'atenció d'estes persones, exercir la custòdia a la porta de la consulta (i que esta romanga entretancada, o utilitzar habitacles amb una única porta d'eixida); o bé la presència directa dels agents custodis dins del mateix espai en què s'està dispensant l'atenció, amb aplicació de mesures de seguretat afegides o sense.

La destinació de l'informe d'alta que s'emet en concloure l'activitat assistencial en els servicis d'urgències hospitalaris també és un punt de fricció per als drets d'este col·lectiu de pacients, en què l'heterogeneïtat de pràctiques és, una vegada més, la norma. En les jornades preparatòries d'este estudi es va evidenciar que este aspecte està escassament uniformat i que demana igualment l'elaboració de protocols per a orientar l'activitat dels professionals.

De vegades este informe es dóna directament al pacient, mentre que d'altres el lliuren al personal policial que en duu a terme la custòdia, i aleshores pot anar en sobre tancat o obert<sup>75</sup>.

Més enllà del dret a la intimitat del pacient, esta dada es mostra summament rellevant quan l'atenció sanitària d'urgència no porta causa d'una malaltia comuna, sinó de lesions eventualment derivades de maltractament. La lògica aconsella que no es lliure, a aquells que estan exercint la custòdia, el document que pot contenir una prova incriminatòria d'una mala praxi policial, a la qual cosa s'afegix la necessitat d'enviar el corresponent part de lesions a l'autoritat judicial.

---

<sup>75</sup> L'Agència Basca de Protecció de Dades es va pronunciar, en el Dictamen de 2 de febrer de 2011 (CN10-029), sobre la cessió de dades personals per part de centres sanitaris als membres de les forces i cossos de seguretat quan estos les requirisquen.

## 5 LA QUALITAT COM A EXIGÈNCIA I GARANTIA DEL SERVICI

La introducció de mecanismes, eines i procediments que promouen la qualitat en la prestació dels servicis és avui una constant de les organitzacions. Els servicis sanitaris, en general, i els servicis d'urgències, en particular, no resten al marge d'esta tendència.

Són múltiples les definicions de qualitat aplicades al camp sanitari. D'acord amb l'Organització Mundial de la Salut, «la qualitat de l'assistència sanitària és assegurar que cada pacient reba el conjunt de servicis diagnòstics i terapèutics més adequat per a assolir una atenció sanitària òptima, tenint en compte tots els factors i coneixements del pacient i el servici mèdic, i aconseguir el millor resultat amb el mínim risc d'efectes iatrogènics i la màxima satisfacció del pacient amb el procés<sup>76</sup>».

La legislació sanitària espanyola procura polítiques de garantia i millora de la qualitat dels servicis de salut. La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, disposa en l'article 69 que «l'avaluació de la qualitat de l'assistència prestada haurà de ser un procés continuat que informarà totes les activitats del personal de salut i dels servicis sanitaris del SNS», que «l'Administració sanitària establirà sistemes d'avaluació de qualitat assistencial oïdes les societats científiques sanitàries», i que «els metges i la resta de personal titulat del centre hauran de participar en els òrgans encarregats de l'avaluació de la qualitat assistencial d'este<sup>77</sup>».

Així doncs, la integració de les polítiques de qualitat en l'àmbit sanitari i, en concret, en el de les urgències hospitalàries, és, d'una banda, una exigència legal, i, d'una altra banda, una garantia de l'adequat funcionament del servici.

---

<sup>76</sup> *The principles of quality assurance*, Copenhaguen, Euro Reports and Studies Series 94, 1985.

<sup>77</sup> L'objectiu de posar a disposició dels ciutadans un servici sanitari de qualitat vertebrada la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. En esta es preveu, així mateix, l'elaboració periòdica de plans de qualitat, el foment de l'auditoria externa periòdica dels centres i servicis sanitaris, en garantia de la seua seguretat i de la qualitat d'estos servicis, i l'anàlisi permanent del sistema, mitjançant estudis comparats dels servicis de salut de les comunitats autònomes en l'àmbit de l'organització, de la provisió de servicis, de la gestió sanitària i dels resultats.

## 5.1 QUALITAT I PRÀCTICA PROFESSIONAL

### 5.1.1 Pràctica professional

D'acord amb la jurisprudència constant del Tribunal Suprem, en la línia de l'anàlisi de reclamacions derivades de l'actuació mèdica o sanitària, «no resulta suficient l'existència d'una lesió, sinó que és necessari acudir al criteri de la *lex artis* (pràctica mèdica aplicable a partir dels coneixements científics i tècnics que avui es tenen) com a mode de determinar quina és l'actuació mèdica correcta, independentment del resultat produït en la salut o la vida del malalt, ja que no és possible, ni per a la ciència, ni per a l'Administració garantir, en tot cas, la sanitat o salut del pacient<sup>78</sup>».

Els paràmetres per a valorar la pràctica professional i, en definitiva, l'adequació del servei prestat en l'àmbit de les urgències hospitalàries, són múltiples i de naturalesa diversa: l'establiment i aplicació de guies clíniques en els processos, com també el seu aval per les comissions clíniques corresponents; la realització de proves diagnòstiques suficients; la prestació d'una atenció de qualitat a pacients en espera d'hospitalització; la detecció d'efectes adversos i la reacció davant d'estos; els temps d'espera des de l'accés als servicis d'urgències fins a l'alta; l'adequada coordinació amb altres nivells en els casos de peticions d'interconsulta amb especialitats mèdiques; la garantia de la continuïtat assistencial en els casos de derivació de pacients; la possibilitat d'accedir a la informació clínica de processos atesos en els servicis d'atenció primària i d'altres especialitats, etcètera.

Tot i que uns aspectes i els altres tenen una connexió estreta, a efectes sistemàtics escau relacionar seguidament una sèrie d'elements de la pràctica professional particularment rellevants en l'àmbit de les urgències, com també les principals reflexions extretes de les opinions de pacients, professionals o gestors al seu voltant, manifestades en les jornades que van precedir este estudi.

Si bé en la majoria dels hospitals, amb els mitjans de què disposen, bona part dels pacients podria obtenir un diagnòstic, la pràctica dels servicis d'urgències és essencialment no finalista, en el sentit que es tendix a avaluar els riscos i intentar resoldre les manifestacions o símptomes del problema de salut que es patix, i no tant el seu diagnòstic precís, la qual cosa correspon a altres nivells assistencials.

---

<sup>78</sup> Per totes, vegeu STS de 20 de juliol de 2011, Sala 3a, Secció IV, fonament jurídic segon.

Este enfocament de l'assistència sanitària d'urgències pot contraposar-se, com ja s'ha assenyalat, amb les expectatives dels pacients que, no poques vegades, acudixen a estos servicis en la confiança que seran atesos en un breu espai de temps i, a més, obtindran un diagnòstic precís i, si s'escau, la prescripció d'un tractament. Esta expectativa, encara que puga ser errònia, també és alimentada, de vegades, des d'altres nivells assistencials, per metges d'atenció primària o facultatius especialistes, els quals, davant d'una situació de demora excessiva per a les citacions a consulta o per a la pràctica de proves diagnòstiques, aconsellen que s'acudisca als servicis d'urgències.

En relació amb esta orientació dels servicis d'urgències i la frustració d'expectatives que pot generar, s'ha indicat que la via més adequada passa per un major apoderament i formació del pacient, que el conduísca a discriminar millor sobre la necessitat o conveniència d'acudir als servicis d'urgències, segons el problema que tinga. En esta tasca, però, és decisiu també el paper dels professionals del sistema sanitari, perquè si bé un elevat percentatge de pacients acudix als servicis per iniciativa pròpia, tal com s'ha apuntat, una part també significativa ho fa a instància d'aquells. Quant a això, s'ha insistit que els servicis d'urgències no poden esdevenir una «vàlvula d'escapament» dels problemes que experimenta el sistema sanitari en el seu conjunt, i que no es pot generar al voltant d'estos servicis una cultura de l'«obtenció de tot de manera immediata», perquè, com és lògic, això acaba generant frustració en els pacients i, sobretot, redundant negativament en la qualitat de l'atenció prestada a la ciutadania.

A propòsit d'este enfocament de l'assistència sanitària d'urgències, i en relació amb determinats col·lectius de pacients vulnerables, concretament el de persones majors amb dèficit cognitiu, s'ha posat de manifest que, de vegades, s'abusa del tractament de la simptomatologia i no s'aprofundix en l'anàlisi de les causes que la generen, i que això pot provocar la demanda reiterada dels servicis (hiperfreqüentació). Este manera d'actuar, especialment en el col·lectiu esmentat, provoca de vegades efectes negatius, de sobrediagnòstic i polimedicació, que, a més, es poden allargar excessivament en el temps, perquè no hi ha un control i una revisió posteriors o adequades de la prescripció dels servicis d'urgències. No es tracta d'un problema exclusiu dels servicis d'urgències, sinó del sistema d'atenció a estes persones considerat en el seu conjunt, però ha de ser tingut en compte també pels professionals dels servicis d'urgències.

Una coordinació més fluida entre els distints nivells assistencials, a més de ser imprescindible per a optimitzar el funcionament del sistema sanitari, podria contribuir a minimitzar els efectes disfuncionals al·ludits abans. Este problema s'aprecia, amb més intensitat si és possible, en els casos en què l'atenció especialitzada es presta a través de servicis concertats (com a exemple, cal citar les xarxes de centres ambulatoris d'atenció a

drogodependents), la qual cosa es tradueix en dificultats per als professionals d'urgències a l'hora de conèixer les valoracions fetes en l'àmbit de l'anomenada atenció especialitzada, i a l'hora d'adoptar decisions sobre els tractaments eventualment prescrits.

A més d'este aspecte referent a l'accés a la informació clínica rellevant, que ja s'ha abordat en una altra part d'este estudi, caldria aprofundir en tècniques de coordinació *sensu stricto*, i incrementar el contacte entre els dispositius i professionals d'urgències, d'emergències, d'atenció primària, inclosos els punts d'atenció continuada, i d'atenció especialitzada. En este sentit, amb diverses fórmules es podrien propiciar trobades periòdiques entre professionals d'estos àmbits, a fi d'establir criteris que permeten organitzar de la millor manera possible les derivacions als servicis d'urgències o l'atenció que en provinga.

D'acord amb el criteri manifestat pels participants en les jornades preparatòries del present estudi, per norma general és el criteri mèdic aquell que determina la realització de proves diagnòstiques en els servicis d'urgències, i no hi ha limitacions o ordres derivades d'altres instàncies i que no estiguen basades en criteris clínics. En el context actual de crisi econòmica, la falta de pràctica de proves en determinades ocasions és vista per alguns pacients com una restricció o retall encobert, al marge, doncs, de consideracions o valoracions professionals, si bé esta percepció no ha pogut ser objectivada en el procés de preparació d'este estudi.

No obstant això, s'hi va al·ludir a algunes experiències que indicarien restriccions o deficiències relacionades amb la pràctica de determinades proves diagnòstiques per falta de disponibilitat temporal dels equips corresponents.

### **5.1.2 La qualitat i l'acreditació dels servicis d'urgències**

El concepte de qualitat constitueix un factor estratègic per a l'optimització dels sistemes sanitaris<sup>79</sup>. L'anàlisi de la qualitat en este àmbit requereix un enfocament col·laboratiu, atés que el terme revestix significats distints per als pacients, professionals i gestors. Gradualment s'hi estan introduint, de manera progressiva, sistemes formals de gestió de qualitat, com són la certificació segons les normes ISO-9000, el sistema

---

<sup>79</sup> Cfr. Belzunegui, T., P. Busca, L. López-Andújar i M. Tejedor, «Calidad y acreditación de los servicios de urgencias», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, op. cit., pàg. 123-130.

d'acreditació de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) i el Model Europeu d'Excel·lència (EFQM).

La qualitat en l'assistència sanitària es vincula a una pràctica clínica essencialment basada en proves, validades d'acord amb l'últim coneixement científic disponible, fonamentades en l'evidència, que minimitze els riscos, perca la màxima eficiència i aconseguisca atraure un grau adequat de satisfacció entre tots els actors del procés. En este marc, la gestió per processos s'ha assenyalat com un mètode especialment idoni encaminat a aconseguir la qualitat total en el procés assistencial.

En l'àmbit dels servicis d'urgències, és habitual que hi haja manuals o guies de qualitat, que integren també aspectes de seguretat o protocols de riscos, correctament elaborats però que no se solen dur a la pràctica adequadament. Això s'explica, en part, pel fet que l'Administració sanitària, parlant en termes generals, no presta prou interès a este aspecte de gestió de la qualitat, sinó que estes mesures són més aviat promogudes pels mateixos servicis d'urgències. En tot cas, sembla convenient incidir en la necessitat de potenciar l'ús d'indicadors de qualitat en la prestació del servici, i cal que s'impliquen en la tasca, especialment, aquells que tinguen funcions directives en els esmentats servicis d'urgències.

Sobre la base d'estos manuals de qualitat i guies, els servicis hospitalaris d'urgències disposen de protocols d'assistència, ja siga directament elaborats per ells, ja siga importats d'altres centres. No obstant esta generalització en la implantació, encara resulta més variable i dificultosa la seua utilització efectiva. Quant a això, determinades aportacions de les jornades preparatòries del present estudi referixen una baixa adherència als protocols per part dels professionals sanitaris, sobretot perquè queden obsolets ràpidament, en avançar el coneixement i no adaptar estos protocols de manera constant. També s'al·ludix a la dificultat de complir les seues previsions, malgrat el temps i l'esforç que s'invertix a realitzar-los i arribar a acords, amb esta finalitat, amb els servicis d'atenció primària i especialitzada.

L'acreditació de centres i servicis sanitaris s'està imposant com el mètode de garantia de qualitat de més àmplia acceptació científica, que s'ha definit «com un procés pel qual una organització se sotmet de forma voluntària a un sistema de verificació externa, que avalua i mesura el nivell en què se situa amb relació a un conjunt d'estàndards, prèviament establits, consensuats amb els experts i adaptats al territori<sup>80</sup>».

---

<sup>80</sup> *Unidad de urgencias hospitalaria, op. cit., p.14.*

L'acreditació dels servicis d'urgències és, per tant, un mecanisme útil per a assegurar un estàndard de qualitat adequat. A més del resultat final d'acreditació, el mateix procés que hi tendix constituïx una bona oportunitat per a diagnosticar l'estat dels servicis d'urgències, detectar-hi deficiències i plantejar mesures de solució i reformes de diversa naturalesa, de funcionament, estructurals, de disseny funcional, etcètera.

En l'actualitat són encara una minoria els SUH acreditats, la qual cosa denota que, si bé el procés d'acreditació és ja una realitat a Espanya, es tracta d'un camí en què cal avançar. Respecte d'això, cal que ens preguntem sobre com de convenient és que la legislació introduïska l'acreditació obligatòria dels servicis, i donar un termini raonable per a esta finalitat o, si més no, que s'establisquen incentius o mesures de foment d'esta acreditació de qualitat.

En estos processos seria important incorporar de manera general la participació dels pacients i de les entitats en què s'articulen. Des de la reclamada humanització de la pràctica assistencial, resulta apropiat incorporar la percepció del pacient i les valoracions que en fa a través de reclamacions o suggeriments com a elements rellevants en la fixació d'estàndards. Esta participació es mostra especialment interessant en els processos de seguiment i renovació de l'acreditació de qualitat, tant a través de sistemes institucionals, com dels òrgans de participació i l'activació de grups de discussió amb pacients.

## 5.2 AVALUACIÓ DE LES RECLAMACIONS I DELS SUGGERIMENTS

L'establiment d'un sistema de reclamacions i suggeriments és una pauta comuna en la gestió dels servicis públics, com a eina orientada a garantir la qualitat d'estos servicis, com també la participació dels ciutadans en la seua configuració.

L'article 10.12 de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, reconeix el dret de totes les persones a utilitzar les vies de reclamació i proposta de suggeriments, i, correlativament, preveu el deure de les administracions sanitàries de donar una resposta per escrit dins dels terminis reglamentàriament establits. Amb un objectiu semblant, l'article 12.2 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, estableix el deure de facilitar a totes les persones usuàries informació sobre les guies de participació i també sobre els suggeriments i reclamacions, i disposa que cada servici de salut haurà de regular els procediments i sistemes per a garantir el compliment d'esta previsió. També la



legislació sanitària autonòmica s'ocupa de regular el sistema de reclamacions i suggeriments, i preveu els procediments per a implementar-los.

En un sistema com el sanitari, caracteritzat per la participació de l'usuari en tots els ordres de l'activitat sanitarioassistencial, guanya una especial importància una eficaç recepció, tramitació i contestació de totes les iniciatives, suggeriments i queixes que els usuaris o pacients formulen dirigits a propiciar millores en el funcionament dels servicis sanitaris o a posar de manifest deficiències amb l'objecte que siguen esmenades<sup>81</sup>. Això exigeix dels centres i servicis sanitaris una posició activa, en el sentit de facilitar a les persones usuàries impresos normalitzats en els quals se'ls demane l'opinió sobre el sistema o els servicis que utilitzen, o per a formular reclamacions, queixes o suggeriments i, per descomptat, contestar-los sempre i expressament.

Una adequada gestió i resolució de les reclamacions i suggeriments que presenten els ciutadans en els centres hospitalaris, després d'acudir als servicis d'urgències, constituïx un instrument excepcional i molt important per a avaluar la qualitat assistencial, fins i tot més pròxim i eficaç que altres eines, com també una oportunitat per a propiciar un mecanisme de participació dels ciutadans en el servici públic. Els suggeriments i les reclamacions esmentats, si es prenen en consideració correctament i, si s'escau, s'atenen, permeten detectar deficiències i àmbits susceptibles de millora, com també introduir les corresponents mesures correctores o modificacions en el funcionament dels servicis.

Tanmateix, esta potencialitat pot ser frustrada per una gestió defectuosa de les reclamacions i dels suggeriments, per motius diversos, com ara no compartir el seu contingut amb els professionals coneixedors dels assumptes que se susciten; adoptar una actitud reticent o defensiva davant de les reclamacions formulades, i veure-les més com un perill que com una oportunitat; utilitzar a l'excés formularis o models de resposta estandarditzats, que denoten una falta d'anàlisi individualitzada i detallada dels assumptes plantejats; no contestar els ciutadans que formulen les reclamacions o suggeriments, o fer-ho tardanament; no comunicar als professionals que hi intervenen les decisions adoptades i, si s'escau, les mesures correctores introduïdes.

---

<sup>81</sup> Beltrán Aguirre, J. L., *Derecho Sanitario de Navarra*, Pamplona, Govern de Navarra, Col·lecció «Pro Libertate», 2005, p. 514.

### **5.2.1 Funcionament del sistema de reclamacions i suggeriments. Visió dels agents implicats**

Hi ha un consens generalitzat sobre el fet que cal fomentar la cultura de la reclamació i la participació. Les queixes i reclamacions no s'han de veure com una amenaça, sinó principalment, com una eina que oferix una oportunitat de millora del servei. És important que els pacients presenten les seues reclamacions per a contribuir a millorar el sistema i, així mateix, que en la gestió d'estes reclamacions intervinguen els servicis o professionals implicats.

No obstant això, esta cultura dista encara d'estar prou interioritzada pel conjunt dels operadors del Sistema Nacional de Salut. Segons els mateixos professionals, hi ha menys reclamacions de les que correspondrien i, segons els col·lectius representants de pacients, tot i que hi ha motius per a reclamar, poques vegades això es plasma en reclamacions escrites.

Segons es va apuntar en les jornades preparatòries d'este estudi, els pacients encara tenen un coneixement limitat del seu dret a reclamar i perceben una excessiva burocratització en la tramitació i gestió de les reclamacions sanitàries, com també una elevada variabilitat en la seua classificació. Respecte de la mencionada burocratització, representants de pacients van afirmar que, de vegades, resulta difícil exercir este dret a la reclamació, particularment si es pretén fer-ho per via electrònica i informalment. El mecanisme implantat amb caràcter general és el lliurament de reclamacions escrites i registrades en els servicis d'atenció al pacient.

En la tramitació de les reclamacions i dels suggeriments cal, igualment, garantir una investigació i actuació àgils. Per la naturalesa i els efectes d'estos mecanismes de participació, és imprescindible procurar la celeritat en l'actuació de les administracions sanitàries, de manera que els pacients perceben que les seues inquietuds són ateses amb promptitud i també són contestades adequadament. Cal garantir que la resposta arribe als reclamants en el temps més breu possible i, en tot cas, dins dels terminis previstos en les normes que regulen els procediments de reclamacions i suggeriments. Respecte d'això, ha quedat palesa la laxitud existent en general a l'hora de fer efectiu este principi d'agilitat, i s'ha indicat que el grau de compliment depén, quasi exclusivament, de la voluntarietat de l'encarregat de la tramitació, ja que no s'hi apliquen controls efectius i conseqüències per al seu incompliment.

Es considera d'importància que en la tramitació de les reclamacions i dels suggeriments intervinguen els professionals implicats. Són estos professionals qui, en principi, tenen un coneixement més específic dels fets, per la qual cosa han de prendre

part en la investigació i gestió de les reclamacions, sense perjudici de la intervenció d'altres professionals o dels directius responsables. De vegades no succeïx així, i les reclamacions i els suggeriments es tramiten en instàncies alienes, fet que pot dificultar l'anàlisi i les possibilitats de millora del servici.

Les persones reclamants han de rebre respostes que reflectisquen la tasca d'investigació realitzada, qui hi ha participat, a quines conclusions s'ha arribat i, si s'escau, quines mesures cal adoptar. Esta necessitat de participació del pacient en la gestió del servici i la constatació que una part important de les reclamacions obeïxen o es relacionen amb problemes de comunicació, ha portat alguns hospitals a organitzar periòdicament grups focals, que reuniten pacients i familiars amb professionals i responsables dels servicis d'urgències, a fi que expressen les seues inquietuds i els problemes detectats, com també amb la intenció d'abordar possibles solucions. En les experiències dutes a terme, els professionals i responsables dels servicis consultats apunten que constituïx una eina d'aplicació senzilla, que té un cost escàs i que resulta molt útil, ja que permet obtenir informació directa sense intermediaris ni formalitats.

En alguns servicis d'urgències, en la gestió d'aquelles reclamacions que es consideren fonamentades i que, per tant, evidencien deficiències experimentades pels pacients, se'ls invita a acudir a una entrevista personal en què el responsable del servici d'urgències els oferix les explicacions corresponents.

Les actuacions assenyalades en els dos paràgrafs anteriors constituïxen bones pràctiques administratives, que també contribuïxen a millorar el funcionament dels servicis i augmentar el grau de confiança en estos, per la qual cosa pot ser positiu que siguen valorades i, si escau, implantades per altres servicis.

Per als problemes sorgits amb pacients pertanyents a col·lectius vulnerables o respecte de qüestions generals, seria bo establir reunions periòdiques d'avaluació i seguiment entre les persones responsables del servici i les de les entitats de suport a estos col·lectius.

A més de la gestió de reclamacions i suggeriments pròpiament dits, i com a indicador associat de la qualitat del servici, resulten d'utilitat les enquestes de satisfacció als pacients, seleccionats aleatòriament, perquè permeten detectar l'opinió dels usuaris des d'una perspectiva més general.

### **5.2.2 Taxonomia de reclamacions i suggeriments. Aspectes objecte de reclamació més freqüent**

Les reclamacions i els suggeriments, i la seua adequada codificació per sectors d'activitat, permeten una fàcil detecció i avaluació d'aquells àmbits i aspectes que, segons el criteri dels pacients, exigixen implantar mesures de millora.

Amb motiu de visites i actuacions d'ofici de defensors del poble a centres hospitalaris, s'ha posat de manifest que coexistixen diverses formes de codificació de les reclamacions i dels suggeriments. Esta diversitat es produïx, no solament entre diversos servicis de salut o administracions sanitàries, sinó fins i tot entre hospitals dependents d'un mateix servici.

Per tant, convé cridar l'atenció sobre l'heterogeneïtat existent en les classificacions utilitzades, ja que, en certa manera, dificulta una anàlisi sistemàtica i coordinada de les disfuncions apuntades pels pacients. Pot ser convenient, en conseqüència, establir uns criteris classificatoris comuns de reclamacions o suggeriments per part de les administracions sanitàries, a fi de permetre'n l'examen compartit i comparat i, en definitiva, facilitar l'intercanvi d'experiències i de propostes de millora.

En les actuacions promogudes pels defensors del poble s'ha detectat que les reclamacions dels pacients relacionades amb els servicis hospitalaris d'urgències tenen connexió, bàsicament, amb els aspectes següents: temps d'espera (classificació o primera atenció, proves diagnòstiques, assignació o ocupació de llits, alta en urgències); qualitat percebuda en l'alta; competència professional i coneixements del personal; condicions fisicoestructurals: neteja, confort, senyalització, higiene; tracte i atenció dels professionals; dotació de personal; cartera de servicis; i qualitat de la informació als pacients i acompanyants.

Les dades recollides en les jornades preparatòries del present estudi apunten que les reclamacions i els suggeriments referents als servicis d'urgències representarien entre un 10% i un 15% dels que s'han rebut, en relació amb el conjunt dels servicis sanitaris.

Hi ha coincidència en les opinions consultades quant al fet que els temps d'espera o demora constitueixen el principal motiu de reclamació: demores en l'atenció inicial, a l'hora que el pacient siga vist pel facultatiu, en la realització de proves, o en l'alta, una vegada que estes ja s'han practicat.

Com a aspecte estretament lligat a estos temps d'espera, els pacients plantegen inquietuds sobre la falta d'informació en estes situacions d'espera. Això suggerix que els pacients estan preocupats no tant —o no solament— per les esperes en si, sinó també

per la incertesa que viuen en estes situacions. Per això, s'ha mostrat clarament que una adequada i puntual informació sobre els temps d'espera, ja siga en pantalla, ja siga verbalment (quan es fa el triatge i es practiquen les proves diagnòstiques), pot contribuir notòriament a reduir les reclamacions sobre este vessant de l'atenció sanitària (entre el 70% i el 80%, segons es va assenyalar en la jornada amb gestors sanitaris) i, en definitiva, a millorar la percepció del pacient sobre la qualitat del servei, com també a incrementar el seu grau de satisfacció. La informació, en estes situacions d'espera en urgències, fa que la demora se suporti amb més tranquil·litat, fet que no resulta un element menyspreable en un servei d'estes característiques.

Un altre motiu de reclamació freqüent és el referent a l'assistència mèdica rebuda, sobretot per l'omissió de la pràctica de proves complementàries en els casos en què el pacient considera necessària la seua indicació. Probablement incidix en això el que s'ha assenyalat anteriorment respecte de l'objecte i la finalitat de l'atenció d'urgències, i la fricció que això provoca en relació amb les expectatives dels pacients.

També són causa de reclamació rellevant, tot i que amb menys freqüència que les anteriors, les queixes relacionades amb aspectes vinculats al dret a la intimitat dels pacients, particularment en els casos de sobreocupació dels serveis d'urgències, o amb les condicions de confort durant l'estada en els SUH.

Finalment, cal assenyalar que s'aprecia una certa reticència dels pacients a expressar reclamacions referents a l'actuació mèdica pròpiament dita, i com a tal cal entendre les decisions del personal facultatiu. Incidix en això el fet que estes reclamacions poden requerir un cert coneixement tècnic, però també la por d'alguns pacients —encara apreciable avui dia— de qüestionar els facultatius, com a manifestació d'una mena de respecte reverencial. Esta circumstància connecta amb el que hem dit sobre la mancança que encara existix d'una cultura de la reclamació plenament establida.

## 6 CONCLUSIONS

1. Tot i que l'estructura física dels servicis hospitalaris d'urgències ha canviat en les últimes dècades, continua presentant inadequacions. Sembla que no s'ha avançat prou, ni a l'hora d'incorporar estàndards homologats de disseny i distribució d'espais, ni en el fet de donar valor a les propostes dels professionals dels servicis mateixos i dels representants dels pacients.
2. Davant de la repetició de situacions de saturació, s'han establert dependències en què romanen els pacients en espera d'hospitalització, una vegada que s'ha completat l'atenció inicial en urgències. Tot i comprendre l'objectiu d'estes mesures —evitar la permanència en corredors i altres espais—, no s'han de considerar un sistema eficaç, perquè la permanència en el SUH de pacients amb indicació d'ingrés pertorba la gestió del servici i estos requereixen una atenció especialitzada en planta d'hospitalització.
3. Un ús generalitzat i homologable dels mètodes de triatge de pacients permet una millor planificació de les necessitats dels SUH per a atendre la gran demanda assistencial que reben i, per tant, ajuda als objectius de millorar-ne la qualitat i el funcionament. Un maneig eficaç d'estos sistemes permetria implantar en determinats àmbits territorials mesures que alleujaren la càrrega assistencial en estos servicis, mitjançant la derivació sense visita mèdica de pacients amb quadres més lleus, coordinada amb els recursos d'urgències extrahospitalaris de l'àrea sanitària d'influència.
4. La implantació de la història clínica electrònica i la compatibilitat entre les plataformes TIC dels diversos servicis de salut constitueix un requeriment bàsic d'eficàcia i cohesió del SNS que encara no està completat, fet que afecta marcadament els servicis hospitalaris d'urgències. Els esforços que les comunitats autònomes duen a terme en esta matèria han d'anar acompanyats d'eines eficaçes de coordinació, l'impuls de les quals correspon a l'Administració General de l'Estat.
5. La ràpida progressió de les eines TIC, i les oportunitats que ofereixen per a la millora de l'equitat, la qualitat i la seguretat en l'atenció sanitària, poden propiciar una major implicació dels pacients en el procés clínic i la disposició autònoma dels seus antecedents de salut, i facilitar l'accessibilitat de la documentació i informació clínica pel conjunt del SNS. Estes eines permeten també superar alguns problemes detectats en els SUH per a l'adequada atenció a pacients de col·lectius

vulnerables, singularment persones amb dificultats per a expressar el seu estat de salut i els antecedents rellevants.

6. La gestió de les urgències és la gestió del temps, per la qual cosa els quadres de comandaments haurien de poder establir els temps i les fases de l'atenció al pacient (traçabilitat) mentre romanga en el servei d'urgències, com a mesura per a procurar una atenció més eficaç. Les aplicacions informàtiques implantades en la majoria de centres hospitalaris no tenen en compte els requeriments específics de l'atenció urgent, i són percebudes pel personal com una tasca afegida, més que com un suport a la seua funció. Les dificultats de maneig d'algunes d'estes aplicacions poden incrementar els riscos per a l'activitat assistencial.
7. La presència i suficiència de personal adequat hauria d'estar garantida en totes les franges horàries. Els problemes d'inadequació es referixen principalment a l'excessiva dependència que estes plantilles tenen de la labor dels metges interns residents, els quals estarien suplint, sovint, la insuficiència de professionals de les diverses plantilles implicades.
8. Amb caràcter general, els metges residents assumixen un grau excessiu de responsabilitat en l'activitat assistencial dels SUH. Actualment, els serveis d'urgències reben en rotació, com a part de l'itinerari de formació, els metges residents de les distintes especialitats, sense vinculació amb el servei, però no formen els seus propis professionals en no estar reconeguda l'especialitat mèdica d'urgències i emergències. Això exclou la tutorització dels residents per part dels metges experts d'urgències i no facilita la imprescindible labor de supervisió assistencial.
9. Les condicions de treball en els SUH, el grau d'exigència característic d'esta atenció, com també les situacions de tensió que hi ha associades o que poden derivar en conflictes, fan d'estos serveis entorns de risc per estrés laboral o llocs propicis per al desenvolupament del conegut «síndrome del treballador cremat» (*burnout*). Sembla que no existixen eines de gestió proactiva d'estos riscos.
10. La demanda d'assistència urgent per col·lectius de persones en situació vulnerable (discapacitat, risc social, maltractament o violència, malaltia mental) requeriria més dotació de personal especialista en treball social en els SUH. S'hi acusa especialment la mancança d'estos professionals en els horaris de vesprada i nit.
11. Atenent a la importància dels SUH en l'activitat hospitalària i, per tant, en l'atenció sanitària en general, resulta convenient la definició d'una especialitat mèdica i

d'infermeria d'urgències i emergències, que forme específicament estos professionals i delimita l'abast de les seues competències clíniques.

12. L'estructura física i funcional dels servicis d'urgència, les freqüents situacions de saturació d'estos servicis i la insuficient cultura de respecte a la privacitat en el medi hospitalari que encara existix, no permeten, en molts casos, garantir la dignitat i intimitat dels pacients.
13. Entre els indicadors de gestió més usats en el debat públic preval el relatiu a les llistes d'espera sobre aquells que afecten els SUH. Això ocasiona freqüents desajustos entre la programació de l'activitat especialitzada i les demandes d'hospitalització provinents dels servicis d'urgències, que aporten el nombre més gran d'ingressos. Des de la perspectiva d'urgències, este desajust prolonga la permanència en estos servicis de pacients amb ordre d'ingrés hospitalari, no sempre en condicions adequades per a la seua dignitat i intimitat.
14. La solució a les situacions de saturació en els SUH no es troba principalment a les mans dels servicis mateixos. Caldria introduir en la pràctica hospitalària prioritats orientades cap a l'optimització de la gestió de llits, per a la qual cosa també caldria tenir en compte els responsables dels servicis d'urgència, per la seua capacitat d'anticipar la demanda previsible.
15. El tancament de llits hospitalaris en època estival, com a conseqüència del descens de la demanda i de l'activitat assistencial, és signe d'eficiència en la gestió dels recursos. No té justificació, per contra, en situacions en què es produïxen increments de població i de la demanda potencial. La determinació del tancament temporal de llits exigix avaluar específicament les necessitats estructurals dels servicis d'urgències.
16. L'atenció en els servicis hospitalaris d'urgència a pacients en fase terminal representa un fracàs del sistema, ja que en estes àrees no resulta possible garantir a estos pacients una mort digna i preservar el dol de familiars i propparents.
17. La formació dels professionals sanitaris sobre els aspectes ètics relacionats amb l'autonomia de la voluntat de les persones és insuficient. El consentiment del pacient no sempre està precedit de la informació adequada perquè este puga adoptar lliurement una decisió sobre un procediment terapèutic o un diagnòstic. En alguns supòsits, les possibles opcions o alternatives diagnòstiques i terapèutiques són decidides pels professionals sanitaris sense la participació del pacient.



18. L'elevat contingut tècnic d'alguns models per a la prestació del consentiment informat en dificulta la comprensió. El llenguatge accessible, senzill, clar i ajustat al receptor adquireix més importància en supòsits de persones amb discapacitat. Així mateix, l'atenció a persones en situació vulnerable requeriria documents específics per a prestar el consentiment, adaptats a les especials característiques de cada col·lectiu.
19. La implantació de les instruccions prèvies o testament vital és limitada. La insuficient informació sobre esta institució jurídica, juntament amb raons d'ordre cultural, justifiquen el seu escàs impacte. Si s'atén a pacients d'una comunitat autònoma diferent de la de residència, hi ha dificultats per a accedir a la seua història clínica i, des d'esta, a la declaració de voluntat anticipada.
20. Les urgències són una de les àrees assistencials en què hi ha més risc per a la seguretat dels pacients. Les situacions de saturació en estes àrees incrementen el risc d'error humà i l'augment de la morbiditat.
21. S'assumix una significativa incidència d'efectes adversos, evitables en bona part en pacients atesos en els servicis hospitalaris d'urgència; tanmateix no es declaren generalment ni consten en els informes d'alta. La falta de sensibilització en matèria de seguretat i la por de possibles conseqüències jurídiques són dos dels factors que justifiquen este baix percentatge de notificacions.
22. En el marc europeu i internacional s'han establert normativament sistemes de notificació d'efectes adversos. A Espanya, un mandat legal, encara no executat, preveu un registre que, més enllà de les previsions legals, hauria d'aconseguir la confiança i participació dels professionals sanitaris. El disseny d'este sistema de notificació i registre planteja dificultats per a assegurar el seu caràcter no punitiu i, alhora, respectar el principi de responsabilitat de les administracions sanitàries i del seu personal.
23. Les persones immigrants en situació irregular tenen dret a rebre atenció sanitària d'urgència del sistema públic. Este dret, de vegades, es troba dificultat per pràctiques administratives que generen inquietud i tenen efectes dissuasoris. Per a oferir més confiança a estos usuaris, cal millorar la formació del personal, evitar l'emissió prematura de compromisos de pagament i factures, i buscar que la constatació de la falta de residència legal es pugui dur a terme d'una manera àgil, a través dels servicis de treball social dels centres mateixos.
24. La legislació estableix que els estrangers «no registrats ni autoritzats com a residents a Espanya» rebran assistència sanitària «d'urgència per malaltia greu o

accident, siga quina en siga la causa, fins a la situació d'alta mèdica». L'alta mèdica, que és el límit temporal de l'assistència deguda, no ha de confondre's amb l'alta d'urgències; de manera que l'assistència ha d'allargar-se més enllà de l'actuació d'urgències, fins a la resolució del problema de salut que va donar lloc a la urgència.

25. La prioritització en l'atenció en els SUH i l'acompanyament per familiars o propparents de les persones especialment fràgils resulten les mesures més eficaces per a facilitar l'adequada atenció d'estos pacients.
26. Els mètodes de triatge implantats en bona part dels SUH permeten una classificació eficaç dels pacients que hi acudixen. No obstant això, per a l'atenció a pacients en situació més vulnerable (menors en edat pediàtrica, persones majors, persones amb malaltia mental, persones afectades de determinades discapacitats, persones en risc social), estos mètodes haurien d'incorporar informació no estrictament clínica que ajude a proporcionar una assistència millor a estos usuaris.
27. L'atenció a determinats pacients, especialment menors d'edat, majors amb dèficits cognitius, o persones amb malalties mentals, requerix que en les plantilles dels servicis hospitalaris d'urgència es compte amb professionals formats de manera específica en el tracte i els requeriments assistencials de cadascun d'estos grups de persones.
28. En els servicis hospitalaris d'urgències generals sembla necessari disposar d'espais reservats per a l'espera i atenció dels menors d'edat, i per a l'atenció a pacients amb indicis de maltractament o a qui la seua permanència en les zones comunes pugui implicar un menyscabament lesiu de la seua intimitat.
29. L'acompanyament de «facilitadors» per a tractar amb persones amb malaltia mental que necessiten atenció sanitària urgent resulta una mesura adequada, a fi de minimitzar l'ús de contencions i facilitar l'adequada transmissió de la informació. L'acompanyament per part d'efectius uniformats de les forces i cossos de seguretat pot resultar estigmatitzador.
30. Les persones amb discapacitat, especialment aquelles afectades per discapacitats sensorials, sovint troben limitada la seua capacitat d'interlocució en els SUH per la mancança de mitjans adequats de comunicació. També hi persisteixen mancances significatives sobre accessibilitat i disponibilitat de material adaptat.
31. Les previsions sobre l'envelliment de la població s'han de tenir en compte per a evitar una hiperfreqüentació innecessària de pacients crònics. S'hi imposa la

identificació prèvia de les necessitats d'estes persones per a gestionar la seua atenció sanitària en els nivells més pròxims al seu entorn. Per a les persones majors, especialment aquelles que tenen dèficits cognitius, cal millorar la coordinació entre els SUH i els servicis extrahospitalaris per a evitar la polimediació innecessària.

32. L'existència de protocols específics en l'atenció a pacients potencialment en exclusió social serviria per a detectar problemes de salut complexos, més enllà del motiu concret de consulta. Esta pràctica resultaria útil, a més, per a revelar potencials alarmes de salut pública, que hagen de ser comunicades.
33. L'atenció sanitària d'urgència a persones en situació de risc social, sense garantia de continuïtat en el tractament després de l'alta, implica un repte per a la coherència global del model sociosanitari. La gestió d'estes situacions excedeix les possibilitats de resolució dels SUH i ha de ser afrontada per les administracions competents, que haurien de comptar amb recursos adequats per a permetre l'atenció d'estes persones durant la seua convallescència.
34. L'atenció d'urgència a persones custodiades per forces i cossos de seguretat necessita protocols que aclarisquen l'actuació dels professionals, si més no sobre la garantia de la intimitat en la relació del pacient amb els professionals de la salut, i de confidencialitat de la informació clínica.
35. La introducció de programes de qualitat en l'àmbit dels servicis hospitalaris d'urgències és, avui dia, una exigència legal i, alhora, una garantia d'un funcionament adequat d'estos servicis.
36. Si bé hi ha una implantació generalitzada de protocols o guies clíniques en els servicis d'urgències, cal actualitzar-los constantment i que els professionals s'hi adherisquen més.
37. L'acreditació de centres i servicis, com a mecanisme extern de control i avaluació, és el mètode de qualitat més acceptat i eficaç. En el nostre sistema sanitari encara no està generalitzada l'acreditació dels SUH, per la qual cosa sembla aconsellable establir la seua exigència legal o introduir mesures d'incentiu per a assumir estos processos. Els procediments d'acreditació haurien de comptar amb l'opinió dels pacients a través d'entitats representatives, tant en la fixació d'estàndards com en les fases de seguiment i renovació.
38. Els sistemes de reclamacions i suggeriments dels pacients poden constituir una eina molt eficaç coma garantia de la qualitat del servici i de la participació dels

pacients en este. No obstant això, s'hi observa que encara no es troba establida, ni en les administracions sanitàries, ni en els usuaris, una autèntica «cultura de la reclamació».

39. Els pacients observen una excessiva burocratització de les respostes a les seues reclamacions. A l'hora de gestionar-les, cal garantir la participació dels professionals implicats en l'assistència sanitària i oferir una resposta ràpida, fonamentada i, si s'escau, que indique les mesures correctores que s'han adoptat. L'examen dels motius de reclamació per grups integrats amb pacients i professionals, o d'altres instruments anàlegs, permetria aportar solucions de caràcter més general.
40. Les reclamacions i els suggeriments dels pacients es classifiquen de manera heterogènia, la qual cosa hauria de corregir-se per a poder fer anàlisis comparatives en els diversos servicis de salut i, per tant, en el conjunt del Sistema Nacional de Salut.

## ANNEXOS

### Annex I. Llista oberta de qüestions que cal considerar en les jornades preparatòries d'este estudi

- 1 **Propòsit i dinàmica de les jornades de treball**
- 2 **L'atenció hospitalària d'urgències**
- 3 **Drets i garanties implicats en l'assistència sanitària d'urgència**
- 3.1 **Dret a la protecció de la salut. Efectivitat i perfeccionament: riscos específics en l'atenció urgent. Mitjans tècnics i diagnòstics. Recursos humans. Dotació i qualificació. Personal mèdic intern resident. Supervisió de l'activitat assistencial. Pràctica professional. Avaluació i comissions de qualitat**
  1. Quin és el seu criteri sobre l'adequació de l'accés, les instal·lacions, els mitjans diagnòstics, l'instrumental clínic i la resta de material dels SUH?
  2. Valoració sobre el grau d'implantació de les tecnologies de la informació i comunicació (TIC) en els processos de gestió i clínics.
  3. Segons la seua experiència, hi ha establits sistemes de classificació de pacients (triatge) estructurats i amb el suport informàtic adequat? Estan sistematitzats per escrit els criteris de classificació de pacients?
  4. Els sistemes d'informació incorporen «alarmes» per a identificar, des del triatge, malalties infectocontagioses o malalties amb transcendència?
  5. Les aplicacions informàtiques permeten la traçabilitat completa del procés assistencial i la sistematització de temps d'espera en cada fase del procés?
  6. D'acord amb el seu coneixement, els sistemes d'informació permeten un adequat nivell de coordinació amb els centres de salut i servicis d'urgència d'atenció primària?

7. Grau de coordinació amb centres de referència en casos d'elevada complexitat i alt requeriment de tecnificació.
8. Percepció sobre la dotació i qualificació dels professionals, i el seu grau d'adequació a la demanda assistencial.
9. Percepció sobre la correspondència entre la plantilla real i la que hi ha prevista en el pla funcional.
10. Ha trobat diferències en l'atenció i la supervisió per part dels metges interns residents (MIR) que presten servicis en urgències, segons l'any de formació en què es troben?
11. Estan definides per la comissió de docència les funcions dels MIR?
12. S'han formalitzat protocols per a la supervisió de l'activitat assistencial dels MIR?
13. Està establida la figura del tutor dels MIR i n'està ordenada la supervisió segons la seua capacitat?
14. La docència en urgències està integrada en la comissió de docència de l'hospital?
15. Segons el seu coneixement, hi ha establits i s'apliquen protocols i guies/vies clíniques en els principals processos atesos?, han estat avalats per les comissions clíniques corresponents?
16. Li consta que hi haja alguna limitació per a dur a terme les proves diagnòstiques considerades necessàries pels professionals sanitaris?
17. Quina creu que és la percepció dels pacients quant a la suficiència del nombre i de la naturalesa de les proves efectuades?
18. En els supòsits de pacients en urgències, amb indicació d'ingrés i en espera prolongada de llit lliure en planta, quin servici mèdic n'és el responsable de l'atenció?, la qualitat de l'atenció en estos casos és idèntica a aquella que s'haguera prestat en planta d'hospitalització? Si fóra el cas, indique en quins aspectes considera que en pot diferir.
19. Percepció sobre les peticions d'interconsulta amb especialitats mèdiques. Protocols, grau d'implantació i rapidesa en la resposta.
20. Sap si s'han formalitzat protocols amb altres nivells assistencials per a derivar-hi pacients i garantir-ne la continuïtat assistencial?

21. És possible accedir des del Servei Hospitalari d'Urgència (SUH) a la informació clínica de processos atesos en atenció primària i altres especialitats?
22. S'hi apliquen protocols conjunts amb atenció primària per a canalitzar la demanda urgent i facilitar la seua correcta segmentació d'acord amb la patologia i gravetat?
23. Incidència de la demanda assistencial com a conseqüència de dificultats en l'accés a servicis d'urgència d'atenció primària. Si s'escau, quina és la naturalesa de les dificultats?
24. Coneix si el pla funcional inclou, com a mínim, cartera de servicis, protocols, vies/guies clíniques disponibles i responsabilitats de cada professional?
25. Quina és la seua opinió sobre els temps d'espera en l'atenció des de l'accés fins a l'alta en urgències?

### **3.2 Dignitat i intimitat: inviolabilitat. Especial consideració a situacions de saturació. Confidencialitat de les dades de salut**

26. Avaluació de riscos que poden menyscar la personalitat i dignitat dels pacients, especialment en situacions de saturació de les urgències. Descripció de riscos i possibles mesures per a garantir el dret fonamental.
27. Hi ha protocols, guies/vies clíniques per a l'atenció de pacients en fase terminal? Es facilita als familiars i acompanyants el millor entorn possible en esta situació crítica?
28. El servici d'urgències reuneix condicions materials i funcionals per a donar resposta als requeriments de pacients en fase terminal? La seua estructura permet un àmbit d'intimitat i tranquil·litat a estos pacients?
29. El comité d'ètica assistencial assessora els professionals sobre aquells aspectes de la pràctica clínica que presenten dificultats o peculiaritats d'ordre ètic?
30. Hi ha implantats «plans d'humanització» específics i adaptats a esta modalitat d'atenció?
31. Quines són, segons el seu criteri, les causes principals de la saturació de les urgències?

32. L'anàlisi de la freqüentació hauria de permetre establir tendències en la demanda urgent. Quines circumstàncies motiven la periòdica falta de llits lliures en l'hospital i la permanència prolongada en urgències de pacients amb indicació d'ingrés?
33. S'hi ha detectat que, de vegades, les altes hospitalàries es concentren en franges horàries determinades, generalment en torn de vesprada, fet que prolonga l'ocupació de llits per pacients que ja tenen l'alta programada. Avaluació i possibilitats d'implantació d'indicadors «d'altes hospitalàries primerenques».
34. Quins criteris prevalen, segons la seua opinió, a l'hora de determinar el tancament de llits hospitalaris durant l'època estival? En quina mesura considera que estes decisions tenen efectes en l'atenció dels SUH?
35. En el cas de pacients que necessiten transport sanitari després de l'alta en l'hospital, es prioritza este transport per a l'eixida de pacients en hospitalització/urgències?
36. Hi ha protocols per a garantir la intimitat acústica i visual dels pacients en urgències?
37. L'estructura física i funcional permet garantir la intimitat global dels pacients? Assenyal·le els obstacles principals per a aconseguir este objectiu.
38. Hi ha habilitades sales específiques per a la informació a pacients i familiars amb condicions adequades per a preservar la confidencialitat?
39. Es transmet informació als corredors i/o zones de pas, o en presència d'altres pacients o familiars?
40. Segons el seu criteri, quines actuacions seria prioritari desenvolupar per a fomentar el clima ètic en pro de la garantia dels drets dels usuaris dels SUH?
41. Sap si hi ha implantades mesures de seguretat en els SUH per a evitar intromissions il·legítimes en dades de salut?

**3.3 Consentiment informat (CI): formalització (verbal/escrita). Excepcions (salut pública, urgència, renúncia i necessitat terapèutica). Per representació (menors/incapacitats)**



42. D'acord amb la seua experiència, el CI està precedit d'informació suficient i adequada?
43. Llevat dels supòsits exceptuats per la llei, se sol·licita, en tots els casos, el CI del pacient davant de qualsevol actuació realitzada pel personal mèdic i d'infermeria?
44. El CI es formalitza de manera general per escrit en els casos en què així ho disposa la llei?
45. Hi ha models específics per a formalitzar el CI per escrit en cadascun dels processos quirúrgics o diagnòstics efectuats per personal mèdic i d'infermeria del SUH?
46. De quina manera es deixa constància del consentiment atorgat en la història clínica i l'informe d'alta del pacient o de qualsevol incidència amb relació a esta qüestió?
47. Es deixa constància per escrit i en la història clínica de les raons que motiven l'excepció del CI?
48. Quina és la seua percepció sobre l'aplicació pràctica de l'excepció basada en la urgència pels SUH?
49. En els supòsits de salut pública, i si les mesures comporten privació de llibertat, té constància que es produïska algun control judicial *a posteriori*?
50. En els supòsits de necessitat terapèutica: es demana el CI per representació? Se sol·licita l'assessorament del comitè d'ètica del centre, especialment si el pacient reitera la seua voluntat de conèixer el seu vertader estat de salut?
51. D'acord amb la seua experiència, en els supòsits de menors de 16 anys sense capacitat de comprendre la intervenció clínica i en situació de desemparament, se sol·licita el CI a l'entitat pública tutelant?
52. En els casos de majors d'edat que tenen una incapacitat de fet, es reflectixen en la història clínica les raons que fonamenten el judici mèdic sobre la incapacitat?
53. Hi ha protocols i models específics en els SUH per a la formalització de CI per representació?

#### 3.4 Història clínica: contingut. Usos. Accés

54. En el seu àmbit d'actuació està implantada la història clínica informatitzada?  
En quina fase es troba la implantació de la història clínica electrònica?
55. Figuren en les històries clíniques els documents medicolegals de compliment obligatori?
56. Les històries clíniques estan ordenades, actualitzades i completes?
57. En l'informe d'alta es reflecteix, almenys, l'horari corresponent a l'accés al servei, triatge, primera atenció mèdica i eixida d'urgències, com també la identitat dels professionals responsables de l'atenció?
58. S'incorpora l'activitat d'infermeria en els informes d'alta?
59. Llevat que el pacient mateix haja donat el seu consentiment per a accedir a la seua història clínica, sap si se dissocien les dades d'identificació personal de les de caràcter clínic assistencial per a l'ús de la història clínica amb finalitats epidemiològiques, de salut pública, d'investigació o de docència?
60. Ha sabut si estudiants d'universitats i en pràctiques en urgències accedixen i utilitzen històries directament?
61. Segons la seua opinió, està prou garantit en la pràctica el dret del pacient a accedir a la seua història clínica? Quines mancances ha pogut detectar-hi?
62. S'ha assabentat de l'existència de problemes a l'hora d'accedir a la història clínica de pacients difunts per part dels seus familiars o propers?
63. Quan l'accés del pacient a la seua història clínica ho és per interès sanitari (segona opinió clínica), es remet la història clínica al metge que ha de valorar novament el pacient sense excloure les dades incorporades per tercers i les anotacions subjectives?
64. Les històries clíniques s'arxiven de manera que puguen ser recuperades, com a mínim, durant cinc anys?
65. Sap si hi ha establides mesures de seguretat en l'accés i el tractament de la història clínica?

**3.5 Informació sanitària i no sanitària: contingut. Característiques i forma en què s'ha de proporcionar la informació. Responsabilitat de la informació. Titular del dret i límits. Dret a no ser informat**

66. D'acord amb la seua experiència, la informació als pacients sobre el seu procés assistencial es referix, com a mínim, a la finalitat, naturalesa, riscos, conseqüències i alternatives possibles a la intervenció proposada?
67. Es facilita informació sobre les raons per les quals els professionals sanitaris trien una opció clínica i no d'altres? Esta informació es facilita en termes comprensibles o s'empren fórmules encunyades de difícil objectivació pràctica? (exemple, anàlisi, cost/benefici).
68. Es facilita informació periòdica als pacients i familiars o acompanyants sobre els temps d'espera previsibles en les diverses fases assistencials?
69. On, en quin moment, amb quina periodicitat i per part de qui es facilita informació als familiars i acompanyants sobre la situació, l'estat i l'evolució dels pacients? Hi ha protocols d'actuació sobre estes qüestions?
70. Hi ha establits protocols sobre la forma, el contingut i la freqüència de la informació a pacients i familiars o acompanyants?
71. Després de l'alta en urgències, quina percepció té sobre la suficiència i l'adequació de la informació sobre el procés assistencial?
72. Es deixa constància en la història clínica de la informació facilitada als pacients?
73. La informació als pacients sobre el procés assistencial es comunica en termes suficients i de forma comprensible i adequada a les seues necessitats?
74. Com i qui facilita la informació sanitària? Protocols.
75. A més del metge responsable del pacient com a interlocutor principal, hi participen altres professionals sanitaris, com ara aquells que efectuen proves diagnòstiques o els d'infermeria, en el procés d'informació?
76. Si no consta el consentiment exprés o tàcit del pacient, es facilita informació sobre el seu procés a familiars o propparents?
77. En supòsits d'incapacitat, a més d'informar el representant legal, s'informa també els afectats d'una manera adequada a les seues possibilitats de comprensió?
78. Quan, a causa del seu estat físic o psíquic, un pacient no té capacitat per a entendre la informació que cal facilitar, s'assabenta d'esta informació les persones vinculades a ell per raons familiars o de fet?

79. D'acord amb la seua experiència, s'han identificat conflictes entre el dret del pacient a no ser informat i l'interés per a la salut del pacient o d'un tercer? Amb quins criteris s'han resolt?

### **3.6 Instruccions prèvies**

80. Segons la seua opinió, coneixen suficientment els professionals sanitaris l'existència de les instruccions prèvies del pacient quan han de prendre les decisions a què aquelles es referixen?
81. Tenen dificultats els professionals sanitaris per a interpretar les instruccions prèvies i per a saber quan han d'aplicar-les?
82. Segons la seua experiència, considera que existixen, en determinades ocasions, raons vàlides per a fer cas omís de les instruccions prèvies, en el sentit que no són eleccions contemporànies al moment de la decisió?

### **3.7 Seguretat dels pacients: detecció i prevenció d'efectes adversos. Estratègies en àrees prioritàries**

83. Segons la seua experiència, se sap la incidència que tenen els efectes adversos? Són declarats habitualment o només en circumstàncies extraordinàries? N'hi ha registres? Està protocol·litzada la seua notificació?
84. Després de detectar efectes adversos, s'adopten mesures de manera àgil per a prevenir incidències clíniques?
85. Es reflectixen els efectes adversos en els informes assistencials?
86. En el seu àmbit d'actuació, coneix l'existència d'un pla específic de seguretat del pacient? S'han dissenyat estratègies de seguretat en àrees prioritàries d'urgències?
87. Estan monitoritzats els indicadors d'activitat i estàndards mínims?

### **3.8 Qualitat. Altres aspectes: acreditació dels SUH. Guies clíniques i protocols d'actuació. Pla d'autoprotecció del personal. Formació i investigació**

88. Es disposa de programes oficials d'acreditació per als SUH?
89. Grau d'acreditació dels SUH.
90. Segons la seua experiència, en quina mesura està prevista la participació dels pacients en estos processos d'acreditació i en el seu seguiment?
91. Percepció sobre el grau d'implantació de protocols i guies/vies clíniques. Propostes de millora, si escau.
92. Percepció sobre el grau de participació dels professionals en l'elaboració de protocols i guies/vies clíniques.
93. Segons la seua opinió, en quina mesura els processos de difusió i d'adopció de les recomanacions de qualitat i seguretat són àgils i efectius?
94. Hi ha establert en el seu àmbit d'actuació un pla d'autoprotecció que preveja, com a mínim, l'avaluació dels riscos, les mesures de protecció i la prevenció i resposta a agressions al personal?
95. Segons la seua opinió, es facilita als professionals la realització d'activitats de formació continuada i d'investigació?
96. Estimació sobre el temps, en percentatge, dedicat pels professionals d'urgències a docència i investigació.
97. Sap si hi ha un pla de formació contínua dels professionals dels SUH?
98. Este personal participa en sessions clíniques regulars i de forma programada?

### **3.9 Altres drets i garanties**

99. Amb quina freqüència es presenten en la seua experiència problemes que requerisquen una mediació intercultural en els SUH? Percepció sobre quins problemes resulten més freqüents i la suficiència de mitjans disponibles.

## **4 Atenció a persones en situació vulnerable**

### **4.1 Persones immigrants sense autorització de residència**

100. S'han detectat problemes d'accés dels immigrants en situació irregular als SUH? Indique quin tipus de problemes i el seu grau de dificultat per a superar-los.
101. Hi ha alguna limitació que afecte l'ingrés hospitalari o a la realització de proves diagnòstiques a estes persones, quan escaiga fer-ho clínicament?
102. En el seu àmbit d'actuació, hi ha establits mecanismes de coordinació amb la resta de nivells d'atenció per a garantir la continuïtat assistencial de pacients d'este col·lectiu?
103. Si s'escau, raons que motiven l'emissió de factures per l'atenció prestada en urgències a immigrants sense autorització de residència a Espanya.

#### **4.2 Atenció/acompanyament de persones en situació de fragilitat**

104. Considera factible i equitatiu prioritzar l'atenció a pacients de col·lectius vulnerables?
105. Segons el seu coneixement, s'han adoptat mesures que garantisquen l'acompanyament, per part de familiars o propparents, de pacients en situació de fragilitat, llevat que resulte contraindicat? Hi ha protocols respecte d'això?
106. Sap si hi ha mecanismes de coordinació entre els sistemes sanitari i social per a l'atenció integral a persones dependents amb malalties cròniques o pluripatologies?
107. Sap si s'han formalitzat protocols d'actuació conjunta en les patologies més prevalents de pacients institucionalitzats en centres residencials de l'àrea d'influència del SUH?
108. L'atenció a menors s'efectua en àmbits específics i diferenciats dels d'adults?
109. Amb relació a malalts crònics o amb pluripatologies, considera factible que l'atenció que es presta a estos pacients en urgències s'efectue en el seu entorn habitual (domicili) o en el primer nivell assistencial, llevat de situacions que requerisquen atenció especialitzada?

#### **4.3 Atenció de persones amb indicis d'estar en situacions de risc o conflicte**

110. En el seu àmbit d'actuació, s'han formalitzat plans de resolució d'urgències psicosocials (maltractaments, alcoholisme, indigents, etc.)?
111. Estan protocol·litzades les actuacions per a la detecció i el tractament de situacions de risc? Quins protocols hi ha?
112. Després de l'atenció en urgències, es notifica a atenció primària l'existència de pacients en situació de risc, a fi de garantir en la mesura que es puga la continuïtat de les cures?
113. Dins dels SUH, qui s'encarrega principalment de gestionar els indicis de risc o conflicte una vegada detectats?

#### **4.4 Persones en custòdia**

114. Segons la seua experiència, hi ha habilitades zones específiques per a atendre persones en situació de custòdia?
115. Quina és la praxi habitual sobre la presència dels funcionaris de les forces policials que acompanyen el pacient?
116. En els casos d'alta sense ingrés, a qui es donen els informes i la resta de documentació pertinent?
117. En la pràctica dels SUH, segons la seua opinió, quin és el grau de coneixement i d'aplicació de les previsions del que s'ha anomenat «Protocol d'Istanbul» (*Manual per a la investigació i documentació eficaç de la tortura i altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants*) o altres instruments semblants?

### **5 Avaluació de les reclamacions i dels suggeriments**

#### **5.1 Índexs d'estimació o acceptació: adopció de mesures**

118. Qualitat percebuda respecte de les respostes de les administracions sanitàries amb relació a reclamacions i suggeriments dels pacients.
119. En quina mesura s'empren les reclamacions i els suggeriments per a determinar l'existència de debilitats dels SUH i, si s'escau, adoptar mesures de prevenció i millora de l'atenció?

120. Es notifiquen als interessats, en tots els casos, les resolucions preses amb relació a les reclamacions plantejades? En estes resolucions es detallen la naturalesa de la investigació, els resultats i, si s'escau, les mesures adoptades?

## **5.2 Participació dels pacients i professionals**

121. En el seu àmbit d'actuació hi ha establits mecanismes de participació de pacients i professionals en l'avaluació de reclamacions i la formulació de propostes de millora?

## **5.3 Taxonomia de les reclamacions ciutadanes**

122. Criteri sobre la possibilitat d'adoptar un sistema homologat de codificació per al conjunt del Sistema Nacional de Salut.
123. Mitjana mensual de reclamacions referents a aspectes del funcionament d'urgències. Percepció sobre el percentatge d'estes reclamacions respecte del total de les plantejades en l'hospital.
124. Segons la seua opinió, quins són els tres aspectes sobre els quals incidixen en major grau les reclamacions en urgències?



## Annex II. Participants en les jornades de treball preparatòries de l'estudi

| NOM       | COGNOMS           | CÀRREC  | JORNADA |
|-----------|-------------------|---|---------|
| Julián    | Alcaraz Martínez  | Coordinador de qualitat assistencial del H. Morales Meseguer (Múrcia)                                   | III     |
| Luis      | Alonso Calzada    | Comité Espanyol de Representants de Persones amb Discapacitat (CERMI)                                   | I       |
| Rafael    | Álvarez Gil       | Assessor del Diputat del Comú   | I i II  |
| Esperanza | Aparcero Fuentes  | Assessora tècnica del Defensor del Poble Andalús  | *       |
| Ignacio   | Aycart Luengo     | Assessor del Defensor del Poble Andalús   | *       |
| Soledad   | Becerril          | Defensora del Poble   | I       |
| Juan Luis | Beltrán Aguirre   | Expresident de l'Associació Espanyola de Juristes de la Salut   | II      |
| Fernando  | Benito Anguita    | Tècnic A de l'Àrea de Sanitat i Política Social del Defensor del Poble                                  | *       |
| Rosa      | Brescané Bellver  | Confederació Espanyola d'Associacions de Familiars de Persones amb Alzheimer i altres Demències (CEAFA) | I       |
| Antonio   | Burgueño Torijano | Confederació Espanyola d'Organitzacions de Majors (CEOMA)   | I       |
| Pablo     | Busca Ostoloza    | Cap del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Donostia, Sant Sebastià                           | II      |
| Raúl      | Canabal Berlanga  | Director mèdic assistencial del Servei de Salut de Castella-la Manxa (SESCAM)                           | III     |
| Alicia    | Carpintero Suárez | Assessora en cap del Gabinet del Procurador del Comú de Castella i Lleó                                 | *       |

| NOM              | COGNOMS            | CÀRREC   | JORNADA |
|------------------|--------------------|--|---------|
| Antón            | Castaño Rivero     | President de la Societat Espanyola d'Urgències de Pediatria (SEUP)                                       | II      |
| Bernardino       | Comas Díaz         | Servici d'Urgències de l'Hospital Son Espases (Illes Balears)  | III     |
| Pilar            | Embuena Majua      | Metgessa interna resident (MIR)  | II      |
| Francisco Javier | Enériz Olachea     | Defensor del Poble de Navarra  | II      |
| Silvia           | Fernández Calderón | Directora tècnica d'atenció especialitzada de la Conselleria de Sanitat de Castella i Lleó               | III     |
| Pedro            | Fuentes            | Càritas Espanyola  | I       |
| Pedro José       | García Beviá       | Tècnic jurídic del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana  | I i III |
| Paloma           | García de Carlos   | Tècnica del Servei d'Atenció Hospitalària. Govern de Canàries  | III     |
| Ernesto          | Garrastachu Marín  | Subdirector del Centre d'Informació i Atenció a l'Usuari del Servei de Salut de La Rioja                 | III     |
| Inmaculada       | Gimena Ramos       | Subdirectora mèdica de Servicis Centrals del Complex Hospitalari de Navarra                              | III     |
| Lourdes          | Gómez Casero       | Cap del Servei d'Urgències de l'Hospital Infanta Cristina, Badajoz                                       | III     |
| Juan Jorge       | González Armengol  | Consultor de l'estudi i president de la Societat Espanyola de Medicina d'Urgències i Emergències (SEMES) | *       |

| NOM             | COGNOMS                          | CÀRREC   | JORNADA |
|-----------------|----------------------------------|--|---------|
| Esther          | Gorjón Peramato                  | Infermera d'emergències.<br>Gerència d'Emergències<br>Sanitàries de Castella i Lleó  | II      |
| Isabel de       | Gregorio-Rocasolano<br>Bohórquez | Assessora responsable del<br>Justícia d'Aragó  | *       |
| Javier          | Gutiérrez Caracuel               | Facultatiu especialista de<br>l'Àrea (FEA) d'Urgències de<br>l'Hospital Virgen del Rocío,<br>Sevilla                         | II      |
| Rodrigo         | Gutiérrez Fernández              | President de la Societat<br>Espanyola d'Atenció a l'Usuari<br>de la Sanitat (SEAUS)  | II      |
| Juan Jesús      | Hernández<br>González-Nicolás    | Creu Roja Espanyola  | I       |
| Francesc Xavier | Jiménez Fábrega                  | Director del Departament de<br>Recerca, Innovació i Qualitat.<br>Sistema d'Emergències<br>Mèdiques de Catalunya (SEM,<br>SA) | II      |
| Luis            | Jiménez Murillo                  | Director del Pla Andalus<br>d'Urgències i Emergències  | III     |
| Ricardo         | Juárez González                  | Coordinador d'Urgències de<br>l'Hospital Nuestra Señora del<br>Prado. Talavera de la Reina<br>(Toledo)                       | II      |
| Faustino        | López de Foronda                 | Secretari general de l'Ararteko  | III     |
| Jesús           | Maeztu Gregorio de<br>Tejada     | Defensor del Poble Andalus   | III     |
| Antonio Felipe  | Martín Martín                    | Coordinador d'Urgències de<br>l'Hospital Universitari Nuestra<br>Señora de la Candelaria,<br>Santa Cruz de Tenerife          | II      |
| Bartolomé José  | Martínez García                  | Tècnic cap de l'Àrea de<br>Sanitat i Política Social del<br>Defensor del Poble   | *       |

| NOM                 | COGNOMS              | CÀRREC  | JORNADA |
|---------------------|----------------------|---|---------|
| Antonio             | Martínez Torre       | Subdirector mèdic de continuïtat assistencial de l'Hospital Marqués de Valdecilla, Santander          | III     |
| José Luis           | Méndez Flores        | Confederació Espanyola d'Agrupacions de Familiars i Persones amb Malaltia Mental (FEAFES)             | I       |
| Iñaki               | Mendieta Lasarte     | Responsable de l'Àrea de Sanitat de l'Ararteko  | I i II  |
| David               | Montes Bentura       | Metges del Món  | I       |
| Rafael              | Muguruza Trueba      | Tècnic A de l'Àrea de Sanitat i Política Social del Defensor del Poble                                | *       |
| Giovanna Gabriele   | Múñiz                | Institut de l'Envel·liment. Universitat Autònoma de Barcelona   | I       |
| Víctor Manuel       | Padrón Barrera       | Assessor del Diputat del Comú   | III     |
| Nuria               | Palmero Sande        | Assessora del Valedor do Pobo   | *       |
| Rosa M <sup>a</sup> | Pérez Mencía         | Servici d'Assistència Sanitària Urgent i Emergències. Agència Valenciana de la Salut                  | III     |
| Fernando            | Pérez-Padilla García | Director territorial de l'Institut Nacional de Gestió Sanitària (INGESA). Coordinador del 061 a Ceuta | III     |
| Luis                | Pizarro Fernández    | Adjunt al Defensor del Poble Andalus  | I i III |
| Javier              | Povar Marco          | Coordinador d'Urgències de l'Hospital Miguel Servet, Saragossa  | II      |
| Pilar               | Prims Calleja        | Assessora del Síndic de Greuges de Catalunya  | *       |

| NOM          | COGNOMS                 | CÀRREC   | JORNADA  |
|--------------|-------------------------|--|----------|
| Jordi        | Puiguriguer Ferrando    | Coordinador del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca             | III      |
| Zita         | Quintela González       | Tècnica de la Subdirecció de Gestió de Seguiment d'Objectius en Hospitals de la Comunitat de Madrid      | III      |
| Concepción   | Saavedra Rielo          | Directora d'Atenció Sanitària i Salut Pública de l'Àrea Sanitària VIII. Langreo (Astúries)               | III      |
| Miquel       | Sánchez                 | Director d'Urgències de l'Hospital Clínic, Barcelona   | III      |
| Carlos       | Sarasíbar Marco         | Secretari general del Defensor del Poble de Navarra  | *        |
| Raphael      | Simons Vallejo          | Tècnic jurídic del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana  | II i III |
| Martín       | Tejedor Fernández       | Cap del Servei de Qualitat i Documentació Clínica. Hospital Universitari Reina Sofia, Còrdova            | III      |
| Miriam       | Torregrosa Granado      | Federació Espanyola de Malalties Rares (FEDER)   | I        |
| Manuel José  | Vázquez Lima            | Coordinador d'Urgències de l'Hospital do Salnés de Vilagarcía (Pontevedra)                               | II       |
| Luis         | Verde Remeseiro         | Gerent de l'Àrea de Gestió Integrada de Santiago de Compostel·la (la Corunya)                            | III      |
| José Antonio | Zumalacárregui Villasol | Cap de servei de la Unitat de Gestió Sanitària de l'Hospital Universitari de Cruces; Baracaldo (Biscaia) | III      |

\* Assistent a les tres jornades.

- I: Jornada de treball amb representants de les associacions de pacients i altres entitats socials, duta a terme a Madrid, el 16 de setembre del 2014.
- II: Jornada de treball amb professionals de la sanitat, duta a terme a Pamplona, l'1 d'octubre del 2014.
- III: Jornada de treball amb gestors sanitaris, duta a terme a Sevilla, el 20 d'octubre del 2014.