



DEFENSOR DEL PUEBLO



DEFENSOR DEL PUEBLO
ANDALUZ



SÍNDIC DE GREUGES
DE CATALUNYA



VALEDOR DO POBO



DIPUTADO DEL COMÚN



ARARTEKO



EL JUSTICIA DE ARAGÓN



SÍNDIC DE GREUGES
COMUNITAT VALENCIANA



PROCURADOR DEL COMÚN
CASTILLA Y LEÓN



DEFENSOR DEL PUEBLO
DE NAVARRA

LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES

ESTUDIO CONJUNTO DE
LOS DEFENSORES DEL PUEBLO

ESTUDIO CONJUNTO DE LOS DEFENSORES DEL PUEBLO

DEFENSOR DEL PUEBLO
DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ
SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA
VALEDOR DO POBO
DIPUTADO DEL COMÚN
ARARTEKO
EL JUSTICIA DE ARAGÓN
SÍNDIC DE GREUGES DE LA C. VALENCIANA
PROCURADOR DEL COMÚN
DEFENSOR DEL PUEBLO DE NAVARRA

Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes

Madrid, enero 2015

Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación, siempre que se cite la fuente. En ningún caso será con fines lucrativos.

© Defensor del Pueblo
Eduardo Dato, 31 – 28010 Madrid
www.defensordelpueblo.es

Depósito Legal:
ISSN: 2254-3910

Impresión:

Este estudio sobre *Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes* ha sido elaborado, conjuntamente, por las instituciones españolas de Defensores del Pueblo: Defensor del Pueblo; Defensor del Pueblo Andaluz; Síndic de Greuges de Catalunya; Valedor do Pobo (Comunidad Autónoma de Galicia); Diputado del Común (Comunidad Autónoma de Canarias); Ararteko (Comunidad Autónoma del País Vasco); El Justicia de Aragón; Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana; Procurador del Común de Castilla y León y Defensor del Pueblo de Navarra.

Enero 2015

Sumario

Siglas	7
1. Objeto y metodología	9
2. Contexto de las urgencias hospitalarias	13
2.1. Frecuentación de las urgencias hospitalarias. el impacto de la cronicidad	13
2.2. Configuración y funcionamiento de los servicios hospitalarios de urgencias ...	16
3. Derechos y garantías implicados en la asistencia en urgencias.....	20
3.1. Condiciones y efectividad del derecho a la protección de la salud en urgencias	20
3.1.1. Medios materiales	21
3.1.1.1. Estructura y medios técnicos	22
3.1.1.2. Clasificación de pacientes. Triage.....	24
3.1.1.3. Sistemas de información. Coordinación entre niveles asistenciales	25
3.1.2. Recursos humanos	27
3.1.2.1. Dotación y cualificación.....	27
3.1.2.2. Médicos internos residentes. Formación y supervisión en urgencias	30
3.2. Dignidad e intimidad	31
3.2.1. Cuestiones generales.....	31
3.2.2. Situaciones de saturación	33
3.3. Autonomía de la voluntad y derecho a la información	35
3.3.1. Consentimiento informado	35
3.3.2. Instrucciones previas	38
3.3.3. Información clínica.....	39
3.4. Seguridad de los pacientes	39
4. Atención a personas en situación vulnerable.....	44
4.1. Personas inmigrantes en situación irregular.....	44
4.1.1. Compromiso de pago y facturación de la asistencia de urgencia	47
4.1.2. Garantía de la continuidad asistencial	48
4.2. Atención y acompañamiento a personas en situación de fragilidad.....	49
4.2.1. Menores de edad	50
4.2.2. Mayores con déficit cognitivo	52
4.2.3. Las personas con enfermedad mental	53

4.2.4. Las personas con discapacidad	53
4.2.5. Los enfermos con padecimientos crónicos.....	55
4.3. Atención a personas con indicios de riesgo o conflicto.....	55
4.3.1. Detección de situaciones de maltrato.....	55
4.3.2. Situaciones de riesgo social	57
4.4. Personas en custodia.....	58
5. La calidad como exigencia y garantía del servicio.....	60
5.1. Calidad y práctica profesional.....	60
5.1.1. Práctica profesional	60
5.1.2. La calidad y la acreditación de los servicios de urgencias	63
5.2. Evaluación de las reclamaciones y sugerencias	65
5.2.1. Funcionamiento del sistema de reclamaciones y sugerencias. Visión de los agentes implicados.....	66
5.2.2. Taxonomía de reclamaciones y sugerencias. Aspectos objeto de reclamación más frecuente	68
6. Conclusiones.....	70
ANEXOS	76
Anexo I. Lista abierta de cuestiones a considerar en las jornadas preparatorias de este estudio	76
Anexo II. Participantes en las jornadas de trabajo preparatorias del estudio	87

SIGLAS UTILIZADAS EN EL ESTUDIO

AECC	Asociación Española contra el Cáncer
CE	Constitución española
CEAFA	Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias
CI	Consentimiento informado
EFQM	Modelo Europeo de Excelencia
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
IOM	Institute of Medicine [Instituto de Medicina]
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MAT-SET	Modelo Andorrano de Triage
MIR	Médico interno residente
MTS	Escala Manchester de Triage
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUH	Servicios hospitalarios de urgencias
TIC	Tecnologías de información y comunicación

1 OBJETO Y METODOLOGÍA

La Constitución establece, en su artículo 43, un elenco de tareas para los poderes públicos vinculadas al reconocimiento del derecho a la protección de la salud que el propio precepto contiene. La ubicación constitucional del precepto entre los principios rectores de la política social y económica le restaría no poca fuerza de no ser por la estrecha vinculación del mismo con otro derecho, este sí propiamente con la consideración de fundamental, como es el derecho a la vida y a la integridad física, consagrado en el artículo 15 de la norma fundamental. Así lo ha señalado el Tribunal Constitucional en diversas ocasiones, en especial en las sentencias 35/1996, FJ 3; 119/2001, FJ 6, y 5/2002, FJ 4.

La relevancia y multiplicidad de estas tareas que conciernen a los poderes públicos, junto a la amplitud de la población a atender, han dado lugar en nuestro sistema de organización territorial a la generación de unas estructuras complejas —que en el primer escalón comprenden 17 servicios de salud y una entidad gestora, además de las facultades que mantiene la Administración General del Estado en virtud del artículo 149.1.16.^a de la Constitución— que en su conjunto poseen un tamaño notable e implican unas necesidades de gasto muy cuantiosas. Todo ello es coherente con la importancia que los ciudadanos conceden a las políticas sanitarias, entre las políticas públicas sectoriales.¹

Para las instituciones defensoras de los derechos ciudadanos tal relevancia se traduce en la generación de un importante número de quejas vinculadas a la gestión de la salud en los términos más amplios. Estas quejas se centran desde la perspectiva cuantitativa en aspectos tales como las listas de espera para la realización de intervenciones quirúrgicas o de pruebas diagnósticas, la práctica profesional, la prestación farmacéutica, los problemas con la ubicación de los recursos y los horarios de atención en puntos de atención continuada (centros de salud y servicios especializados), las insuficiencias de la dotación de medios personales o el catálogo de prestaciones. Específicamente en el ámbito de las urgencias el mayor número de quejas está vinculado con la saturación de los servicios y las consecuencias que ello tiene en la atención a los pacientes, aunque un examen atento de las mismas revela una multiplicidad de cuestiones subyacentes.

Cuando se planteó la realización de este primer estudio conjunto de los Defensores del Pueblo se seleccionó las urgencias hospitalarias como campo de análisis, en atención a una serie de factores: 1) se trata de un área asistencial que vive en un escenario de

¹ En el orden de percepción ciudadana de importancia de los servicios públicos se cita en cabeza a la sanidad, seguida de las pensiones y la educación. Así lo ponen de manifiesto diversos informes de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL). Por todos, ver AEVAL, *Calidad de los servicios públicos en tiempos de austeridad*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2014, p. 41.

constante presión asistencial; 2) las perspectivas demográficas sobre envejecimiento de la población y el paulatino aumento de las patologías crónicas, apuntan a que la demanda no se moderará de forma sustancial en el futuro si no se adoptan medidas estructurales;² 3) los servicios, áreas o unidades hospitalarios de urgencias (SUH) han experimentado en las últimas décadas profundos cambios, aunque estos no han ido acompañados de una reconsideración del modelo asistencial que mejore la coherencia global del sistema; 4) la ciudadanía considera estos servicios como una garantía muy relevante para la efectividad de su derecho a la salud; 5) la urgencia es el principal motivo de ingreso hospitalario, concretamente en alrededor del 61 por ciento de los casos,³ y 6) la celeridad e incluso el entorno físico en que ha de producirse la atención de urgencia facilita que los derechos de los pacientes puedan verse socavados.

Lo cierto es que las urgencias tienen difícil no constituir un punto de referencia básico y crítico para el Sistema Nacional de Salud (SNS). La propia definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace de la urgencia —«aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia»—,⁴ permite comprender que buena parte del flujo de acceso a estos servicios no sea controlable por la organización pues depende en última instancia de percepciones subjetivas de los usuarios o de las personas cercanas a ellos. La práctica de la medicina en urgencias se halla, por lo demás, sometida a un escrutinio mayor que en otros ámbitos sanitarios, tanto por parte de los propios ciudadanos —usuarios directos o no— como por profesionales de la salud que continúan la asistencia de los pacientes cuando estos pasan a sus servicios.

En este contexto, los Defensores del Pueblo entendieron que un examen conjunto de la aplicación práctica de los derechos y garantías de los pacientes en los servicios de urgencias hospitalaria ofrecería a estos servicios, a los diversos organismos gestores, al conjunto del SNS y a la ciudadanía una oportunidad para extender la cultura de la calidad. Este ha de ser uno de los objetivos centrales de todo servicio público avanzado y

² La evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo muestra una tendencia ascendente. *Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)*, 2011-2012, hecha pública el 14 de marzo de 2013. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm>>.

³ La *Encuesta de morbilidad hospitalaria 2013* precisa que en este concepto «se considera a los pacientes con orden de ingreso urgente por un facultativo, independientemente de que procedan del Área de Urgencias o no», aunque no cabe duda de que la gran mayoría de estos pacientes ingresaron desde los servicios de urgencias hospitalarias. Puede consultarse: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>>.

⁴ La propia OMS complementa esta definición indicando que también ha de considerarse urgencia «la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores».

más, si cabe, en uno que se constituye en el primer círculo de salvaguarda del derecho a la protección de la salud.

La aproximación de este estudio está, por tanto, acotada a tres objetivos generales que los titulares de las diez instituciones participantes definieron en la fase inicial del proyecto: 1) identificación de los derechos y garantías implicados en la asistencia sanitaria de urgencias y estándares de aplicación; 2) especial consideración de la atención a personas en situación vulnerable; y 3) las reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos como barómetro del servicio y como herramienta para su mejora.

Para llevar a término el proyecto se constituyó un equipo de trabajo, integrado por personal de todas las instituciones participantes, cuyo primer cometido fue completar un mapa de las quejas recibidas en el conjunto de las instituciones. Se entendió que la experiencia acumulada por los Defensores del Pueblo en la tramitación de quejas y en la realización de visitas a centros hacía que la situación general fuera razonablemente bien conocida, con lo que el estudio a realizar se centró en una perspectiva cualitativa que partía de ese bagaje, cuyas características generales en lo relativo a problemas denunciados, disfunciones apreciadas y dificultades para introducir cambios en los procesos resultaron ampliamente coincidentes.

Sobre la base de este *corpus* y de la revisión de la literatura disponible se elaboró un cuestionario, destinado a preparar las jornadas de trabajo que se desarrollaron con diversos colectivos. En el documento de referencia enviado a los participantes —común para las tres jornadas celebradas— se optó por partir de un esbozo de la configuración legal de los derechos de los pacientes en la atención en los SUH. Esta síntesis, aunque prescindió en lo posible de referencias legales exhaustivas, se elaboró principalmente sobre las previsiones de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997; y de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

También se incluyeron sumarias referencias jurisprudenciales, puesto que modulan el alcance y contenido de los derechos considerados. Acto seguido, se resumieron los principales motivos de insatisfacción o de queja recibidos y analizados por las instituciones convocantes sobre cada uno de los temas abordados. En algunos epígrafes esta información se completó a través de consultas con profesionales sanitarios.

El resultado se tradujo en 124 cuestiones, que pueden consultarse en el anexo I del presente estudio. No obstante, el documento de referencia dejaba claro que se trataba de una lista de cuestiones de carácter abierto. No se pretendía que todos los participantes manifestaran su opinión sobre la totalidad de las cuestiones, ni que todas ellas se trataran con idéntica profundidad en cada una de las reuniones. Los participantes tuvieron la oportunidad de dirigir el debate a las cuestiones que consideraron de mayor

interés, incidir en otras no contempladas, así como de hacer aportaciones por escrito durante la reunión o con posterioridad a la misma. Por tanto, el estudio que sigue es sólo en parte el resultado de un modelo previo decidido por las instituciones convocantes.

El formato adoptado para las reuniones fue de carácter sectorial, para propiciar la mayor homogeneidad de los participantes en su aproximación a los problemas examinados. La lista de personas y entidades invitadas se formó a partir de aportaciones de las instituciones convocantes, basándose en los principios de representatividad y pluralidad. En su conjunto, toman parte en las jornadas 61 personas, que se relacionan en el anexo II. Las jornadas se celebraron según el siguiente orden:

- **Jornada con representantes de los pacientes y usuarios**, celebrada en Madrid, el 16 de septiembre de 2014, en la sede del Defensor del Pueblo. Para esta jornada, a falta de asociaciones específicas de pacientes de urgencias, se optó por invitar a entidades de apoyo a pacientes con patologías que presentaran altos índices de frecuentación en los servicios de urgencias, así como a entidades dedicadas al acompañamiento y defensa de personas pertenecientes a colectivos en situación vulnerable.
- **Jornada con profesionales**, que se celebró en Pamplona, el 1 de octubre de 2014, bajo la presidencia del Defensor del Pueblo de Navarra. La práctica totalidad de los invitados a estas jornadas fueron profesionales sanitarios de urgencias y emergencias.
- **Jornada con representantes de los gestores de los servicios de salud**, desarrollada en Sevilla, el 20 de octubre de 2014, cuya organización asumió el Defensor del Pueblo Andaluz. La respuesta a la convocatoria girada a las 18 administraciones sanitarias territoriales fue unánimemente afirmativa, por lo que pudo contarse con la presencia y participación de todos ellos, a excepción del Servicio Aragonés de Salud, cuyo representante no pudo acudir.

Estas tres jornadas dieron lugar a más de 25 horas de debates, en los que se realizaron 1.172 intervenciones. Las sesiones se grabaron en audio para disponer de un material de trabajo especialmente valioso, por el nivel de conocimiento y la implicación demostrada por los expertos convocados. Para que los participantes pudieran expresarse con entera libertad, se acordó que sus intervenciones no serían objeto de publicación ni se identificarían sus opiniones en el estudio.

Partiendo de este rico material y de las reflexiones que el mismo y los restantes documentos disponibles han suscitado a las instituciones comprometidas en la realización de este estudio, se han elaborado las páginas que siguen. Se trata de efectuar un diagnóstico sobre la situación de los derechos y garantías de los ciudadanos que acuden a los servicios de urgencias hospitalarias para, sobre esa base común, formular recomendaciones a las diferentes administraciones con el propósito de mejorar aquello que deba ser mejorado.

2 CONTEXTO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

2.1 FRECUENTACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS. EL IMPACTO DE LA CRONICIDAD

La atención sanitaria urgente en España supone un volumen importante en las prestaciones que el Sistema Nacional de Salud pone a disposición de los ciudadanos. Este volumen supuso en el año 2012 más de 26 millones de consultas en los servicios de urgencias hospitalarios, de las cuales el 79,5% lo fueron con cargo a financiación pública.⁵

La respuesta a la demanda de ayuda sanitaria urgente ha adquirido en nuestros días una importante complejidad, tanto médica como organizativa, que plantea uno de los retos permanentes para los sistemas sanitarios públicos. La interacción del ciudadano con la prestación médica urgente es frecuente. De acuerdo con ese volumen total de consultas hospitalarias de urgencia pareciera que la mitad de la población acude cada año a estos servicios, pero de conformidad con los resultados de los barómetros sanitarios, las urgencias hospitalarias las utilizaría en torno al 15% de la población, lo que denota que existen personas que utilizan estos servicios de forma recurrente.⁶

Para matizar la cifra indicada, los profesionales consultados señalaron que un 25% de esta población es mayor de 65 años, con una o más enfermedades crónicas con descompensaciones, con datos de inadecuación relativamente bajos. Un porcentaje muy similar serían menores de 16 años, en general poco consumidores de pruebas. Dentro del espectro de edad mediana, no es desdeñable el porcentaje de usuarios con problemas sociales añadidos que, en el caso de los mayores, llega hasta casi un 40%.⁷

⁵ Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*, 2012. Disponible en: <<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS>>.

⁶ Tomando como referencia el *Barómetro Sanitario* 2013, publicado el 29 de julio de 2014, el 28,3% de la población utilizó un SUH público o privado en el año. De esa cifra, el 54,5% acudió a un hospital público. El dato es coherente con la cifra absoluta ofrecida por la *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*, op. cit., que indica que el número de ciudadanos que utilizó SUH de la sanidad pública fue de 7,9 millones. Ambos estudios pueden consultarse en la fuente indicada en la nota 1.

⁷ Ver más en extenso: Martín-Sánchez, F. J., C. Fernández Alonso, y C. Merino, «El paciente geriátrico en urgencias», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 33, suplemento 1, Pamplona, 2010; Wainberg, A., et al., «Characteristic of frequent geriatric users of an urban emergency department», *The Journal of Emergency Medicine*, agosto 2012, vol. 43 (2), pp. 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*, noviembre 2013, 62 (5), pp. 467-474; Hogan, T. M., T. O. Olade, y 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*, marzo 2014, 21 (3), pp. 337-346.

Los estudios de opinión y expectativas de los usuarios de urgencias, tal y como se refleja en las sucesivas encuestas de calidad y barómetros sanitarios, indican que las demandas ciudadanas están relacionadas con la personalización de la atención, la información, la intimidad, el confort, la accesibilidad universal y, especialmente para personas con discapacidad, la demora en la atención, el trato y el interés por parte de los profesionales, así como el acompañamiento familiar.

Algunas de las características generales que presenta la atención a urgencias y emergencias en los últimos años son: 1) crecimiento progresivo de la frecuentación, particularmente con relación a determinados grupos de población; 2) problemas de coordinación con otros servicios y entre los diversos equipos de urgencias y emergencias; 3) los servicios de urgencias constituyen la vía principal de hospitalización; 4) la actividad de urgencias condiciona la gestión de camas, la programación quirúrgica, la gestión de listas de espera y, en los centros de salud, la organización de la actividad programada; 5) lo anterior tiene como consecuencia que un significativo número de pacientes pendientes de ingreso permanezca en las dependencias de urgencias, muchas veces en las propias áreas de observación, por un tiempo superior al adecuado; 6) tradicionalmente la demanda se concentraba en horario diurno y se distribuía de forma irregular, pero en la actualidad se observa por los profesionales un cambio del patrón de comportamiento, con picos de frecuentación hasta altas horas de la noche, y 7) no existen, o resultan heterogéneos, sistemas integrados de información que faciliten el intercambio de información entre los distintos dispositivos asistenciales.⁸

Un porcentaje significativo de usuarios, aunque variable según las áreas, que acuden a las urgencias hospitalarias, lo hacen por iniciativa propia y de forma directa. Hay muchos factores que contribuyen a explicar esta situación y que condicionan la evolución inmediata de los servicios de urgencias, pero dos de ellos son los más relevantes, ya que suman más de un 78% de las respuestas: la mayor accesibilidad del hospital tanto en cobertura horaria como en cercanía y la percepción de que las urgencias cuentan con más medios y resuelven mejor el problema.⁹

En términos generales, se aprecia una extendida opinión entre los profesionales acerca de que la complejidad global de la atención a los pacientes de urgencias se ha incrementado. Por otra parte, la atención integral de la salud y la mejora del bienestar es la base del Sistema Nacional de Salud y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Asistimos a la confirmación de un cambio del patrón epidemiológico. El

⁸ Cfr. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, *Urgencias Sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2003, p. 18.

⁹ *Barómetro sanitario 2013*, op. cit. El dato se repite con ligeras variaciones en las anteriores ediciones del barómetro. Otras razones también apuntadas en diversos estudios son: el envejecimiento de la población, la inducción de la demanda por otros ámbitos del propio sistema sanitario, las demoras existentes en el acceso a la atención especializada no urgente o la percepción de no resolución satisfactoria de los problemas considerados urgentes por otros niveles asistenciales.

envejecimiento de la población lleva asociado una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la consiguiente necesidad de cuidados personales para estos pacientes, tal y como predijo la OMS.¹⁰ En nuestro país, entre el 25% y 33% de las familias están afectadas por problemas de dependencia, cuya causa más frecuente es la vejez, acompañada de enfermedades físicas o psíquicas.¹¹

Se estima que para 2020 las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad o dependencia y que, una década más tarde, la incidencia en mayores de 65 años se habrá doblado. En 2006, la Encuesta Nacional de Salud indicaba una media de 2,80 problemas o enfermedades crónicas en personas entre 65 y 74 años de edad, que aumentaba hasta las 3,23 para los mayores de 75 años.

En España, las enfermedades crónicas figuran en primer lugar como motivo de demanda asistencial en los centros sanitarios (80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios). Un 40% de las consultas atienden a población de edad avanzada, que además es la que precisa de un mayor porcentaje de cuidados continuados y de mayores recursos sociales. El 50% de las camas de la red hospitalaria son ocupadas por personas mayores de 65 años.

Además de frecuentes agudizaciones de patologías, a mayor número de procesos crónicos padecidos por estos pacientes, en las urgencias hospitalarias se aprecia aumento de la morbimortalidad, deterioro del estado funcional, necesidad de hospitalización o inadecuada hospitalización, efectos adversos de medicamentos, duplicación de pruebas por falta de información y conflictos médico-legales.

Los servicios de urgencias y emergencias en el mundo se han ido desarrollando de forma paralela a este cambio sociosanitario. Dada la rutina de funcionamiento de los centros sanitarios y la actividad laboral ordinaria que se concentra normalmente en horario diurno y en días laborables, los SUH y los servicios de emergencias se han convertido en España no sólo en el único dispositivo sanitario accesible en muchos tramos horarios y todos los festivos, sino, con frecuencia, en el único dispositivo social accesible. Los profesionales de estos servicios detectan un incremento de la demanda que asocian con la crisis económica. De estos datos se deduce que el ciudadano ha dado y da a la atención urgente mucha importancia y que existe un alto grado de consenso social sobre el deseo de acceder a este tipo de atención médica que le permite utilizar su criterio de necesidad.

¹⁰ González-Armengol, J. J. y P. Busca Ostolaza, «Estrategia de atención al paciente crónico: papel de los servicios de urgencias», *Emergencias*, 2013, vol. 25, pp. 343-344.

¹¹ Los datos indicados en los tres próximos párrafos proceden del *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2011, pp. 8 y ss.

2.2 CONFIGURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE URGENCIAS

El servicio hospitalario de urgencias se concibe como un servicio abierto, especializado, según nivel y tipo de hospital, en la atención de todos los pacientes que requieran o demanden asistencia urgente, con capacidad para indicar su ingreso en una planta de hospitalización, trasladarlo a otro nivel asistencial o proceder a su alta al domicilio. Su principal cometido es la recepción, activación del recurso asistencial apropiado, estabilización, diagnóstico y tratamiento, resolución y transferencia de sus pacientes a la instancia sanitaria más idónea. Los SUH ofrecen a sus usuarios una evaluación diagnóstica rápida, con el soporte radiológico o analítico si es preciso, un tratamiento eficaz y un destino final apropiado.

Conocer la realidad de los SUH españoles no es tarea fácil ya que no existen datos fehacientes y recientes acerca de su dimensión, organización, funcionamiento y actividad. Los datos procedentes de las administraciones públicas a menudo se circunscriben a este último parámetro sin tener en cuenta el resto. Además, la información disponible se ciñe exclusivamente a los SUH dependientes de estas administraciones, de manera que no contemplan la actividad desarrollada en centros privados y que, en algunas comunidades autónomas, puede suponer una cifra no despreciable de actividad asistencial.

Se reconoce en el sector que el informe del Defensor del Pueblo, hecho público en 1988, acerca del estado de la asistencia urgente, constituyó un punto de partida para el actual desarrollo de los dispositivos de urgencias, tanto hospitalarios como de atención primaria, así como para que la Administración fuera tomando conciencia de la magnitud de las tareas a abordar.¹²

El estudio más reciente y completo referente a este tema es el llamado SUHCAT, realizado mediante entrevistas a los jefes de 79 de los 82 servicios hospitalarios de urgencias de Cataluña (96%) que respondieron un cuestionario de 353 preguntas. Una parte de ellas hacía referencia a las características físicas y estructurales de los SUH. Otra a las características funcionales, y la tercera al mapa docente e investigador. Las respuestas se tabularon en función de la actividad del SUH (alta, media o baja), el uso del hospital (privado o público) y la complejidad del hospital público (alta tecnología o alta resolución, de referencia, comarcal).¹³ Este trabajo contiene un rico elenco de datos sobre la situación y la realidad de los SUH catalanes y señala diversas posibilidades de mejora, muchas de ellas de alcance general.

¹² Defensor del Pueblo, *Informe anual 1988 y debates en las Cortes Generales*, Madrid, Publicaciones del Congreso de los Diputados, Secretaría General (Dirección de Estudios), Serie Informes, 1989.

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

La relevancia de estos servicios para el conjunto del sistema sanitario resulta clara, aunque no siempre se traslada a la gestión económica, a la carrera profesional, al marco de las relaciones intrahospitalarias, al diseño global de la actividad asistencial o al ritmo de incorporación de las tecnologías de la información.

El aumento progresivo del gasto público en salud es motivo de preocupación común en los países de la Unión Europea. La consecución de una sostenibilidad financiera se enfrenta a retos que han sido anteriormente expuestos, a los que debe sumarse la crisis económica mundial. Para hacer sostenible esta prestación, que presenta una demanda creciente y la exigencia de mayor calidad, la estrategia clave es la búsqueda de una eficiencia relacionada con los «costes de producción».

Los SUH disponen de información suficiente para conocer «cuánto cuestan» globalmente pero, para poder gestionar eficientemente estos servicios, sería necesario desglosar la información de los procesos asistenciales y de la génesis de su coste. La determinación de este coste por procesos clínicos permitiría perfeccionar el conocimiento sobre la casuística y las actividades realizadas en el estudio y tratamiento de cada proceso, al objeto de facilitar la toma de decisiones estratégicas.¹⁴ En España, aún sin disponer de herramientas que permitan llegar al coste por paciente y por proceso, se hacen estimaciones de que el coste medio de la urgencia atendida en un SUH está en 77 euros, aunque con amplias variaciones.

En comparación con otras unidades hospitalarias, los SUH presentan algunas características distintivas. La atención urgente es un proceso de colaboración entre diferentes profesionales que trabajan bajo presión y cuyo resultado no sólo depende de los conocimientos de estos profesionales, sino también de la rapidez en la respuesta -según se afirma con frecuencia «la gestión de las urgencias es la gestión del tiempo»-, todo ello en un escenario de recursos limitados.

A diferencia del resto de servicios hospitalarios, el colectivo de profesionales que atiende las urgencias presenta un grado de heterogeneidad muy notable (personal propio, fijo o interino, personal especialista de otros servicios, junto a un relevante porcentaje de personal en formación adscrito también a otros servicios).¹⁵

Para afrontar el reto que supone la atención de urgencias a pacientes en estos servicios, además del personal sanitario, resulta necesario integrar en la peculiar

¹⁴ Vid. Moreno Millán, E., et al., «Economía y equidad en urgencias y emergencias», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, op. cit., pp. 19-27.

¹⁵ A efectos ilustrativos puede citarse el análisis realizado sobre los SUH de Cataluña en Miró O., et al., «Estudio SUHCAT (2): Mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña», *Emergencias*, 2014, vol. 26, op. cit., pp. 35 y ss., «De las horas de trabajo médico, el 50,4% las desarrollan médicos con contratos directamente vinculados a urgencias (73% fijos y 27% no fijos o interinos), el 19,1% médicos de otros servicios que hacen guardias en urgencias y el 30,6% residentes».

dinámica de los mismos al conjunto de profesionales de todas las categorías. Para que cualquier SUH funcione correctamente se requiere que toda la organización conozca y asuma determinados estándares y disponga de la experiencia suficiente para ofrecer respuestas eficaces en un contexto exigente y dinámico.

La violencia contra profesionales y el síndrome de *burnout* (desgaste profesional del personal sanitario) han adquirido importancia en los últimos años, especialmente en los SUH. Se afirma entre los profesionales que sólo una parte menor de los conflictos salen a la luz. Las agresiones sufridas por los trabajadores se encuentran dentro del amplio abanico de riesgos que afectan a la seguridad y salud de los trabajadores sanitarios, ya de por sí sometidos a factores de estrés laboral elevados que, como se ha dicho, conducen a altos niveles de desgaste profesional. Por otra parte, los «profesionales quemados» pueden incrementar las situaciones de riesgo. Uno de los retos de las administraciones sanitarias, que vincula los objetivos de seguridad y calidad, es favorecer unas condiciones laborales adecuadas para que ese estrés y los elementos de tensión comentados puedan gestionarse con éxito.

El uso creciente de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) es uno de los elementos clave que está detrás de la transformación experimentada por los servicios sanitarios en los últimos años. Hoy las TIC están presentes tanto en los procesos de gestión como en los clínicos y permiten al sistema sanitario disponer de mayor y mejor información acerca de su propia actividad y resultados. Su desarrollo, por tanto, constituye un factor estratégico para los servicios de salud.¹⁶

La historia clínica informatizada en los SUH, a través de la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación, pretende mejorar la asistencia sanitaria incrementando la seguridad de la información que se maneja, el acceso a la misma desde cualquier centro o servicio del sistema, favorecer la equidad en el acceso a la cartera de servicios del sistema de salud y mejorar la gestión. Desde la perspectiva de la gestión de urgencias, por la relevancia del factor temporal, parece necesario incorporar indicadores que midan el proceso de atención desde la llegada del paciente al SUH hasta que lo abandona, junto con los lapsos de las diversas fases asistenciales.

Los diferentes modelos organizativos, junto con las características intrínsecas de la atención urgente, pueden ocasionar el riesgo de aparición de efectos (también denominados «eventos») adversos.¹⁷ Se estima que la gran mayoría de ellos no se declaran, a pesar de la existencia de sistemas de notificación voluntaria anónima en muchos centros sanitarios. Además, los SUH pueden ser un escenario adecuado para

¹⁶ Busca Ostolaza, P. y R. Marrón Tundidor, «La informatización en urgencias y emergencias», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, op. cit., pp. 69-76.

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

identificar efectos adversos generados en otros niveles asistenciales que provocan una visita urgente hospitalaria.

Los SUH han ido introduciendo progresivamente herramientas de trabajo y elementos de gestión que han contribuido, de manera directa o indirecta, a la mejora de la seguridad del paciente. La implantación de los sistemas de triaje estructurado y las políticas de mejora de la calidad mediante el seguimiento de indicadores y modelos de acreditación de SUH han sido algunos de los avances más significativos. En los últimos años, y gracias al fuerte empuje generado por las alianzas en materias de la seguridad del paciente desarrolladas por las administraciones, se está extendiendo de forma paulatina una conciencia y una cultura de la seguridad entre los profesionales de la atención urgente. Ello ha propiciado el desarrollo de iniciativas de investigación con la consiguiente mejora de resultados y una mayor eficiencia en la prevención de riesgos.

3 DERECHOS Y GARANTÍAS IMPLICADOS EN LA ASISTENCIA EN URGENCIAS

3.1 CONDICIONES Y EFECTIVIDAD DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN URGENCIAS

Como ya se ha indicado, el artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El fundamento constitucional de los derechos de los ciudadanos en lo relativo a la protección de su salud no se agota con el reseñado artículo 43. A lo largo del Título I de la Constitución es posible encontrar otros preceptos de gran relevancia a estos efectos. Así, pueden citarse el principio de igualdad, garantizado por el artículo 14; el derecho a la vida y a la integridad física, reconocido en el artículo 15; el derecho a la intimidad personal y familiar, recogido en el artículo 18; el mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social, previsto en el artículo 41; el derecho a un medio ambiente adecuado, reflejado en el artículo 45, y la garantía de una política de protección de consumidores y usuarios, establecida en el artículo 51. También resulta especialmente pertinente en este ámbito recordar la tarea encomendada a los poderes públicos, en el artículo 9.2 de la norma fundamental, de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de los individuos y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas.

La evaluación de los derechos y garantías de los pacientes implicados en la atención en los SUH ha de examinarse tomando en consideración la singularidad de esta modalidad de atención. La complejidad de la asistencia sanitaria urgente deriva de una serie de características peculiares. Entre ellas cabe destacar las siguientes: 1) requiere una disponibilidad continua, integrada y proyectada hacia el lugar de la demanda de atención (cadena asistencial); 2) debe cubrir a toda la población, con independencia del tipo del entorno rural o urbano o de los condicionantes geográficos, como la insularidad; 3) está situada de manera transversal entre el nivel de atención primaria y el de atención hospitalaria; 4) incluye procesos multidisciplinares, que implican múltiples dependencias jerárquicas requeridas de coordinación, sobre todo en patologías emergentes, tiempo-dependientes, cuyo máximo exponente son los códigos de activación (ictus, infarto, politraumatizado severo, etc.); 5) su marco de actuación se centra fundamentalmente en pacientes agudos y graves, cuyo pronóstico va a depender, en gran medida, de las decisiones que se adopten y de la precocidad de las mismas.¹⁸ También es un escenario cada vez más frecuente la atención a procesos crónicos reagudizados.

¹⁸ Ver Jiménez Murillo, L., et al., «Complejidad de la asistencia urgente en la España del siglo XXI», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, op. cit., pp. 7-11.

3.1.1 Medios materiales

El Tribunal Supremo ha reiterado en su doctrina que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario no deriva tanto del resultado como de la puesta a disposición de los medios razonablemente exigibles, en correlación con el criterio de delimitación de la responsabilidad de los profesionales médicos en el ejercicio de su *lex artis*.¹⁹ En la Sentencia de 20 de diciembre de 2004²⁰ el alto tribunal recogía además el carácter sistémico de la dotación de medios: «no puede eximirse de responsabilidad a la Administración por el hecho de que el hospital (...) carecía de este medio, pues en tal caso pudo y debió remitirse al paciente a otro hospital del Sistema de la Salud, pues un sistema es un conjunto de elementos interdependientes, la unidad de una pluralidad, en suma una totalidad».

Más difícil resultaría, posiblemente, acotar o definir estrictamente esa idea de razonabilidad en cuanto a los medios disponibles. La capacidad general de dotación de los servicios sanitarios es, por naturaleza, limitada, y no sólo en los periodos de dificultades económicas o de ajuste presupuestario, sino en cualquier momento, razón por la que recae en los mecanismos de gestión y organización buena parte de esa difícil tarea de acotamiento y definición. No resulta posible disponer de lo mejor en todo tiempo y lugar, sea referido a la capacidad y estructura de los centros hospitalarios, a las tecnologías sanitarias diagnósticas o de tratamiento, al instrumental médico o a los sistemas de información de última generación.

Este planteamiento previo es predicable de los servicios de urgencias hospitalarios, como del resto de niveles de atención sanitaria. Desde la perspectiva de los pacientes, como la de los profesionales y los responsables de gestión, se traslada a los Defensores del Pueblo una opinión coincidente en lo fundamental: persisten muchas carencias de tipo estructural y material, de forma desigual entre unos centros y otros, que deberían ser atendidas, teniendo en cuenta que las soluciones pasan por incrementos de dotación económica y por mejoras en las pautas de organización y de coordinación administrativa.

El derecho a la protección de la salud de los ciudadanos ve, en ocasiones, condicionada su realización práctica por esas carencias, que se muestran más presentes en la percepción de los pacientes y usuarios cuando más perentoria resulta su necesidad de asistencia, es decir, en la atención de urgencias. De ahí también la conveniencia de recordar que este tipo de atención, como señalan los especialistas y expertos, no puede ofrecer por definición una resolución global de los problemas de salud. Los servicios de urgencias, hospitalarios y extrahospitalarios, deben responder adecuadamente a las

¹⁹ Ver Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, Sección IV, de 6 de julio de 2011, especialmente el fundamento jurídico quinto.

²⁰ Sala 3ª, Sección VI, fundamento jurídico cuarto.

necesidades de asistencia surgidas inesperadamente y que requieren una atención inmediata, sin pretender con ello una resolución integral y definitiva de la necesidad médica, lo que incide claramente en el nivel de dotación y capacidades que han de estar disponibles.

3.1.1.1 Estructura y medios técnicos

Según se trasladó a todos los participantes en las jornadas preparatorias de este estudio, un análisis general de las quejas que plantean los ciudadanos con relación a las urgencias hospitalarias ofrece una imagen de persistencia de inadecuaciones físicas y materiales. Dichas inadecuaciones resaltan especialmente en las situaciones de saturación de los servicios y muestran, por ejemplo, una inadecuada ubicación de pacientes en diferentes áreas de actividad que no se corresponden con las previsiones de los diferentes planes funcionales, en cuanto flujo de pacientes según su estado y cuadro clínico.

El espacio físico ha de adaptarse a la función a que se destina, y no a la inversa, como se denuncia habitualmente por quienes atienden los servicios de urgencias. Aunque la variabilidad entre centros es relevante, por regla general en las últimas tres décadas los servicios de urgencias hospitalarios han sido objeto de adaptaciones, de actualización, ampliación o mejora. Además, se han creado nuevas infraestructuras hospitalarias en los diferentes servicios públicos de salud. Es una crítica habitual la que señala que en la ejecución de esas adaptaciones o nuevas construcciones el criterio de los profesionales y expertos en atención sanitaria urgente sigue sin recogerse debidamente o, al menos, no en toda su extensión. Esa mayor atención ayudaría a suplir algunas de las deficiencias o carencias que encuentran tanto pacientes y profesionales.

Algunas de las cuestiones pendientes en este ámbito podrían resolverse con un empleo más general —desde las fases tempranas de planificación y contratación de las obras de rehabilitación o construcción— de los estándares ya existentes y consensuados por los grupos nacionales e internacionales de expertos en urgencias, incluidos los manuales de acreditación de los SUH.²¹ La habilitación de espacios, dimensionados según el tipo de centro, para albergar las distintas áreas de actividad de los servicios de urgencias debe contar con los criterios técnicos que mejor pueden conocer los profesionales sanitarios especializados, sin perjuicio de la flexibilidad necesaria para acomodar ese diseño y planificación a la cultura de gestión hospitalaria propia de cada servicio territorial.

²¹ A título de ejemplo, puede citarse lo contenido en el *Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales*, Madrid, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), 2009.

Las decisiones de planificación de los espacios destinados a urgencias han de promover, por otro lado, las mejores prácticas en cuanto a gestión de los pacientes, precisamente por las habituales e indeseables situaciones de saturación que se producen. Contrariamente, se han expuesto casos de planificación reciente que incorporan, por ejemplo, zonas destinadas expresamente a ubicar pacientes en situación de preingreso hospitalario o de prealta de urgencias, en un intento de minimizar el impacto sobre la dignidad de los pacientes que produce la saturación y la estancia precaria en espacios no habilitados. Sin embargo en la medida en que se concibe esa situación como impropia, puesto que el paciente ya destinado a su ingreso debiera encontrarse cuanto antes en el servicio hospitalario correspondiente, donde la atención recibida será más especializada para la resolución de su problema de salud, o bien de alta efectiva, no se estaría avanzando en la corrección de las disfunciones que acompañan a la saturación, sino asumiendo una incapacidad estructural en la gestión de flujos.

Una vez ejecutadas las intervenciones en la infraestructura hospitalaria, resulta mucho más difícil acomodar las necesidades prácticas a lo ya construido, incrementándose la aparición de soluciones improvisadas que se acaban consolidando en el tiempo, dado que las nuevas inversiones pueden demorarse años o décadas.

En cuanto a la disponibilidad de medios técnicos y diagnósticos, instrumental clínico y de apoyo, los participantes en las jornadas preparatorias no han señalado situaciones particularmente deficitarias;²² más bien se enunciaron problemas de actualización o complementación una vez que los servicios reciben sus dotaciones iniciales, así como la gran heterogeneidad existente entre unos centros hospitalarios y otros. Sí fue invocada con insistencia la conveniencia de atender a las pautas o estándares de calidad ya publicados²³ y que debieran ser conocidos por las unidades y órganos de planificación, en los que se incluyen recomendaciones concretas sobre la dotación de medios técnicos y de apoyo.

Algunos profesionales consideran que la percepción de carencia de determinados medios diagnósticos se debe en ocasiones a un error de valoración por parte de los propios pacientes sobre el alcance de lo que está clínicamente indicado para atender debidamente una dolencia en urgencias. Es preciso discernir entre la disponibilidad diagnóstica y de tratamiento que ofrece la específica cartera de servicios de las urgencias hospitalarias, de aquellas limitaciones impuestas por la capacidad y disponibilidad de medios que corresponde al conjunto hospitalario y las situaciones de retraso que puede

²² A los participantes se les había señalado la recepción de quejas sobre falta de determinados medios diagnósticos en algunos servicios hospitalarios, como electrocardiógrafos de última generación con imagen digital y monitores cardíacos y de contrastes vitales con especificaciones adaptadas a la atención de urgencias.

²³ Ver Anexo 6, *Unidad de urgencias hospitalaria: estándares y recomendaciones*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

imponer el acceso a prestaciones ajenas al propio servicio de urgencias. Antes de hacer recaer el análisis de esta cuestión en una ponderación sobre lo acertado o desacertado de la expectativa del paciente usuario de las urgencias, conviene destacar la importancia de una adecuada labor informativa por parte de los servicios, así como la necesidad de compensar aquellas carencias contrastadas con los recursos materiales apropiados.

3.1.1.2 Clasificación de pacientes. Triage

La calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en urgencias requieren un acertado sistema de clasificación desde la misma llegada al hospital. El triaje es generalmente definido como un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la gravedad que presenta el paciente, establecido de forma reglada, válida y reproducible. Por su naturaleza no es una herramienta de diagnóstico preciso, sino un instrumento para priorizar clínicamente los supuestos que necesitan una respuesta más inmediata y urgente. Supone también, a posteriori, un instrumento de medición de la calidad de los servicios y una importante ayuda para la gestión de los mismos.

Los hospitales españoles utilizan diferentes métodos de triaje²⁴ en los servicios de urgencias, principalmente la Escala Manchester (MTS) y el Sistema Español de Triage, elaborado a partir del Modelo Andorrano (MAT-SET). En algunas Comunidades Autónomas, sin embargo, no está estandarizado el modelo a utilizar. Están establecidos también sistemas de triaje avanzado, que incorporan la realización de pruebas diagnósticas básicas o, por ejemplo, la administración de un primer tratamiento analgésico.

Existe coincidencia general entre los participantes en las jornadas sobre el alto grado de implantación de estos métodos de clasificación,²⁵ con buenos resultados. Persisten algunos debates sobre la conveniencia de una mayor, e incluso una exclusiva participación de los médicos especialmente en la fase de triaje avanzado, labores de clasificación que asume también el personal experimentado de enfermería, según se ha puesto de manifiesto; o sobre la conveniencia de incluir parámetros y algoritmos específicos pensados para el colectivo pediátrico, o para los pacientes crónicos y

²⁴ Los principales sistemas de clasificación recogen cinco niveles de prioridad, siendo el nivel uno de emergencia y riesgo vital, y el nivel cinco el correspondiente a procesos no urgentes o banales, incorporan normalmente previsiones sobre tiempo adecuado para que el paciente reciba la atención médica recomendada.

²⁵ A falta de datos globales sobre la implantación de los métodos de *trijaje* en el conjunto del SNS, puede indicarse que en la revisión de 2013, del Mapa funcional de servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña, se señala que en dicha Comunidad Autónoma el 77,2% de los servicios tienen implantado uno de estos sistemas. Miro, O., et al., «Estudio SUHCAT 2», *Emergencias*, 2014, op. cit., p. 37.

oncológicos, con discapacidad, con enfermedades raras o necesitados de cuidados paliativos.

En la jornada de trabajo con profesionales de la salud preparatoria del presente estudio se indicó que se ha llevado a efecto alguna experiencia piloto de derivación de pacientes, de carácter expresamente voluntaria, a centros extrahospitalarios de atención urgente, integrados en el área sanitaria del hospital en cuestión, para aquellos clasificados en el triaje hospitalario en los niveles de menor prioridad.²⁶ Los especialistas que desarrollaron esta práctica la consideran efectiva y segura, señalando que es satisfactoriamente valorada en las encuestas de pacientes. Esto supone un ejemplo de las ventajas que ofrecen los métodos estructurados de triaje, cuando se ejecutan de forma rigurosa. Medidas de este carácter exigen asegurar una buena labor de orientación e información sanitaria a los pacientes y una constante mejora de los vínculos de coordinación entre niveles asistenciales, fundamentalmente urgencias de atención primaria y servicios de emergencias.

Una correcta estructuración e incorporación de los sistemas de triaje permite también un análisis y evaluación de las necesidades de dotación de los servicios de urgencias, en tanto que pueden revelar, por ejemplo, del total de demanda asistencial que soporta un determinado hospital, cuándo es más frecuente la atención a casos más graves (niveles 1 a 3) y cuándo el centro recibe más habitualmente casos de menor entidad o banales (niveles 4 o 5). Esto permitiría mejorar la planificación de recursos, según el tipo principal de asistencia prestada por cada centro.

Los colectivos de pacientes más vulnerables (mayores, oncológicos, con deterioro cognitivo, con enfermedad mental, discapacidades) destacan la insuficiencia del triaje clínico como herramienta para detectar las especiales necesidades de estos, como son el acompañamiento durante la asistencia o la priorización.

3.1.1.3 Sistemas de información. Coordinación entre niveles asistenciales

Los participantes en las jornadas preparatorias fueron preguntados por el grado de incorporación de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en los servicios de urgencias, a partir de situaciones de deficiencia detectadas por los Defensores del Pueblo en sus actuaciones ordinarias. Los datos facilitados muestran que los servicios hospitalarios de urgencias carecen, en muchos casos, de un sistema de información integral, circunstancia que obstaculiza o impide obtener información relevante para una correcta planificación de los recursos.

²⁶ Salmerón, J. M., L. Jiménez, O. Miró, y M. Sánchez, «Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el *traje* 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, pp. 346-355.

Las experiencias descritas reflejan una situación escasamente homogénea en el conjunto del SNS. Cabe destacar las que exponen una superposición de utilidades informáticas operativas en el mismo Servicio de Salud autonómico, o la falta de interoperatividad, no sólo entre comunidades autónomas, sino entre provincias y centros hospitalarios. Esta situación está relacionada, en ocasiones, con la propia definición y las dificultades en el desarrollo y mantenimiento de los contratos con los suministradores de los programas y tecnologías de gestión. Dado el grado de evolución de las herramientas TIC, los pacientes no comprenden las dificultades que encuentran, tanto ellos como los profesionales que les atienden, a la hora de acceder a los antecedentes e historias clínicas cuando, por cualquier circunstancia, tienen que acudir a un centro sanitario distinto al que tienen territorialmente asignado.

Estas cuestiones, importantes en todos los niveles de asistencia sanitaria, impactan con mayor intensidad en la atención prestada en las urgencias hospitalarias. Los profesionales describen situaciones de riesgo para la seguridad de los pacientes generadas, en parte, por la limitada adecuación de los sistemas de gestión a los específicos requerimientos de la atención urgente, en cuyo diseño, o no suelen participar, o no obtienen respuesta positiva a sus propuestas.

A pesar de los progresivos avances y las muchas inversiones realizadas en los últimos años, son varias las comunidades autónomas que no han logrado concluir el proceso de digitalización y de acceso interoperativo a las historias clínicas de los pacientes, más allá de la atención primaria.²⁷ Esto entorpece la mejora de la calidad asistencial y la eficiencia en los servicios hospitalarios de urgencias y en los servicios de emergencias sanitarias.

Para los pacientes, especialmente los pertenecientes a grupos vulnerables, este retraso en la consolidación de las historias clínicas digitales y en la actualización coordinada de las herramientas de gestión hospitalaria les traslada una carga adicional a su particular padecimiento. Así, se ha indicado el perjuicio añadido que supone, por ejemplo, a pacientes con una enfermedad rara o con enfermedad mental la circunstancia de tener que cargar con amplia documentación para ser atendidos por nuevos profesionales o en distinto centro, en el primer caso, o para los segundos el hecho de tener que repetir todo el cúmulo de antecedentes personales, lo que puede resultar incluso contraindicado por el tipo de afección que presentan.

Otro problema conexo a la insuficiente modernización de los procesos de acceso y uso de documentación clínica es el de las situaciones de doble aseguramiento, que mantienen de forma estanca en los dos sistemas de atención sanitaria, pública y privada,

²⁷ *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud: el programa Sanidad en Línea*. Actualización de datos 2011, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Industria, Energía y Turismo y red.es, 2012. Puede consultarse en: http://www.red.es/redes/sala-de-prensa/centro-de-documentacion?id_doc=10222&quicktabs_3=2.

la información relevante de los pacientes ante una eventual necesidad de asistencia urgente. Esta situación puede conectarse con la de aquellos usuarios que, por circunstancias personales, con más frecuencia utilizan las prestaciones sanitarias de varios servicios de salud.

Ese problema del doble aseguramiento, y otras disfunciones que impiden un adecuado y puntual uso por los propios pacientes y por los profesionales de las historias e informes clínicos, apunta a la necesidad de potenciar la corresponsabilidad del paciente con respecto a sus antecedentes clínicos y su mayor capacidad de disposición autónoma mediante el uso de las actuales herramientas tecnológicas.

Las diferencias existentes sobre el grado de implantación e interoperatividad de los sistemas informáticos señalan la conveniencia de continuar las tareas ya emprendidas por las distintas administraciones. Estos trabajos requieren mantener el impulso de coordinación asumido por la Administración General del Estado (historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud, El programa Sanidad en Línea, infraestructura informática central), de acuerdo con la disposición adicional tercera de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

3.1.2 Recursos humanos

3.1.2.1 Dotación y cualificación

La dotación y cualificación de los profesionales, así como los recursos asignados en función de las cargas de trabajo, son referencias básicas para la calidad en la atención. Entre los problemas detectados por los Defensores del Pueblo y trasladados a los participantes en las jornadas preparatorias, cabe citar las denuncias relativas a faltas de adecuación de la dotación de personal a la demanda asistencial. El incremento de la plantilla se justifica, en ocasiones, por la necesidad de promover el acceso de los profesionales a la formación continuada y de facilitar la dedicación a la investigación. La dotación de plantillas en urgencias no se corresponde, en muchos casos, con las referencias que incluyen los planes funcionales de estos servicios hospitalarios. Por otro lado, las disfunciones conocidas por los Defensores del Pueblo hacen referencia a la falta de concordancia entre la distribución del personal por turnos de trabajo y las franjas horarias de mayor frecuentación.

A lo largo de las jornadas los participantes no hicieron especial hincapié en los aspectos cuantitativos de adecuación de las plantillas en los servicios de urgencias; pusieron el acento en la inadecuada cobertura de las mismas con personal médico en formación. No obstante, algunos profesionales aludieron a carencias debidas a la insuficiente reposición de plazas de facultativos jubilados, o a una progresiva precarización de las contrataciones laborales.

Si bien los estudios de los últimos años arrojan resultados muy variables entre los diferentes centros hospitalarios y servicios de salud autonómicos, tanto los profesionales en urgencias como los gestores coinciden en señalar la alta presencia de médicos internos residentes (MIR) en los servicios hospitalarios de urgencias. Dicha presencia se traduciría en porcentajes medios de cobertura con personal en formación de entre el 30% y el 40%. Esos valores se ven a su vez incrementados si el análisis se realiza por tramos horarios y por días de la semana, resultando que la cobertura, al menos presencial, de estos servicios en muchos centros por las tardes-noches y en fines de semana recae mayoritariamente en los médicos residentes.

Con estas matizaciones, desde la gestión hospitalaria se señala que los estándares de calidad relativos, por ejemplo, a la dotación de un médico y un enfermero por cada ocho pacientes en observación, o a la atención de no más de tres pacientes por médico y hora, sí se respetan en gran parte de los centros.

Existe consenso sobre la necesidad de adaptar la disponibilidad de medios humanos a la demanda propia de los servicios de urgencias. Si los picos de demanda asistencial se sitúan en la franja horaria entre las 12 de la mañana y las 22 o 23 horas, una excesiva concentración de profesionales sanitarios en el turno más general de 8 a 15 horas resultaría especialmente inadecuada.

Un aspecto de infradotación, destacado especialmente por los representantes de pacientes, hace referencia al personal de trabajo social presente en los servicios en los turnos de tarde o noche y en las jornadas festivas o de fin de semana. Para las necesidades de determinados colectivos de pacientes más vulnerables, de tipo asistencial, de acompañamiento o de orientación, la escasa o nula presencia de este personal supone una dificultad adicional y, en ocasiones, resultados adversos, además de conflictos que pueden alterar el normal funcionamiento de los servicios.

Al abordarse la cualificación de los profesionales que atienden las urgencias hospitalarias, una gran mayoría de los participantes plantearon la necesidad de impulsar la formación y titulación específicas en medicina de urgencias y emergencias, como rama de especialidad con definición y sustantividad propias. El debate sobre esta cuestión se remonta en el tiempo²⁸ y, a pesar de la reivindicación por parte del colectivo profesional implicado, no ha obtenido pleno respaldo normativo en el último Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, que regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, establece las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria

²⁸ Así, en su informe anual correspondiente a 2009, el Defensor del Pueblo apuntaba: «Es preciso subrayar, un año más, que no se ha producido avance significativo alguno respecto a la creación de la especialidad en medicina de urgencias y emergencias, con carácter troncal, a pesar de la trascendencia que debe otorgarse a la formación específica de los profesionales implicados en la atención de urgencias y emergencias». Defensor del Pueblo, *Informe anual 2009 y debates en las Cortes Generales*, vol. 1, Madrid, 2010, p. 447.

especializada en Ciencias de la Salud y crea y modifica determinados títulos de especialista.

La determinación de una especialidad médica de urgencias y emergencias fue objeto de una doble proposición no de ley, tramitada y aprobada conjuntamente por los principales grupos parlamentarios en mayo de 2007, instándose al Gobierno a regularla.²⁹ El citado real decreto ha establecido, entre las áreas de capacitación específica, la de urgencias y emergencias. Estas áreas de capacitación se definen como el conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes, añadidos en profundidad o en extensión a los exigidos por el programa oficial de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud, con interés asistencial, científico, social y organizativo relevante. La formación en las mismas se desarrollará en una unidad docente acreditada. Cabe añadir que la necesidad de una especialización en la atención de urgencias y emergencias se plantea igualmente por muchos profesionales de enfermería que trabajan en estos servicios. El debate sobre la definición de una especialidad médica y de enfermería de urgencias y emergencias, persiste por la existencia de otras opiniones contrarias a la misma, que la consideran innecesaria.

La reclamación de una especialidad en medicina de urgencia y emergencias se vincula a la consecución de diversos objetivos, como un itinerario docente más coherente y adecuado para un servicio de tal relevancia, el desarrollo de un perfil investigador específico o la búsqueda de un mejor equilibrio en la adopción de decisiones en el ámbito hospitalario.³⁰ Desde la perspectiva propia de este estudio, y atendiendo a la importancia de los SUH en el conjunto de la actividad hospitalaria, este deseo de disponer de una especialización resulta comprensible. Además, no debe obviarse la necesidad de disponer de profesionales adecuadamente formados no sólo en las técnicas clínicas más usadas en las urgencias, sino en las particularidades que este servicio requiere, en términos de gestión de la atención, de tratamiento con múltiples colectivos que requieren abordajes propios y específicos, como se pondrá de manifiesto en el capítulo cuarto del presente estudio, o del control del estrés asociado a una rutina de trabajo de tal intensidad.

²⁹ *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Congreso de los Diputados, Serie D, núm. 571, 19 de junio de 2007.

³⁰ El Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (*BOE* núm. 91, de 16 de abril) vincula el establecimiento de servicios jerarquizados con una especialidad médica. Esa es la causa de que los SUH no se consideren un servicio jerarquizado, lo que lo coloca en una situación peculiar en lo conjunto de los servicios hospitalarios. En un intento de superar esta situación el Instituto Catalán de la Salud, mediante Acuerdo 28/2014, de 25 de septiembre, por el que se regulan los criterios para la creación, modificación y extensión de servicios jerarquizados, introduce como criterio de constitución de estos servicios el hecho de que «la actividad asistencial se desarrolle mediante una estructura organizativa estable con objetivos asistenciales, docentes, de investigación y de gestión específicos y propios del servicio». (*Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6724, de 9 de octubre de 2014).

Los profesionales de urgencias, expuestos con más frecuencia que otros profesionales sanitarios a situaciones de tensión y estrés laboral propias de las circunstancias asistenciales que atienden, requieren de un refuerzo en la definición y seguimiento de los protocolos de seguridad personal y de autoprotección.

3.1.2.2 Médicos internos residentes. Formación y supervisión en urgencias

El vínculo laboral del médico interno residente (MIR) tiene, además de un contenido formativo, un contenido instrumental y asistencial. El Tribunal Supremo ha indicado que «las funciones asistenciales que el MIR presta, tutorizadas bajo la supervisión de los facultativos del centro, tienen un carácter instrumental al servicio de su formación especializada, y no tratan de suplir ni completar las que incumben a los médicos que integran la plantilla del mismo, que debe ser suficiente para cubrir sus necesidades asistenciales».³¹

El ámbito de actuación de los MIR ha ido variando a lo largo de los años, adquiriendo cada vez mayor protagonismo los aspectos asistenciales en detrimento de la vertiente puramente formativa. Así lo regula el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, que determina y clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. La doctrina científica ha señalado que la asistencia tutelada precisa de cierto grado de autonomía por parte del médico en formación, ya que no resulta posible que los responsables controlen todas las actuaciones del médico residente.

Se dio traslado a los participantes en las jornadas de algunas cuestiones tratadas por los Defensores del Pueblo con ocasión de las quejas que reciben: reclamaciones de pacientes centradas en la desconfianza en cuanto a la calidad de la atención prestada en exclusiva por un MIR; indefinición del alcance, responsabilidad y supervisión decreciente del MIR, a partir del segundo año de formación; asunción en exclusiva de responsabilidades asistenciales por un MIR, de primer y segundo año, sin la supervisión directa e inmediata de un especialista; incidencias clínicas surgidas tras la intervención de un MIR no supervisada; atribución de la atención prestada por un MIR a médicos especialistas que no han evaluado a los pacientes.

Se ha señalado la heterogeneidad en la composición de plantillas de los SUH, por la dispar procedencia formativa de los profesionales médicos que las atienden, sobre todo, los internos residentes en rotación desde otras especialidades hospitalarias. Se indica reiteradamente la falta de correlación entre la diversidad en los procesos formativos de los MIR que realizan actividad asistencial en urgencias y la carga de trabajo que, en la práctica, tienen que asumir.

³¹ STS, Sala 3ª, Sección VII, de 16 de noviembre de 1993, fundamento jurídico cuarto.

Se han puesto, también, de manifiesto elementos de vinculación entre la atención que llegan a prestar en exclusiva los médicos en formación de primer y segundo año y la aparición de más efectos adversos, así como incrementos en la realización de pruebas diagnósticas. La asunción progresiva de responsabilidad por parte de los residentes no puede dejar en manos de estos profesionales la asistencia de urgencias durante amplias franjas horarias, aunque en todos los casos esté previsto un sistema de consultas con el facultativo adjunto correspondiente.

Además, los especialistas consultados han dejado constancia de las dificultades para llevar a cabo las funciones de tutorización y de supervisión de la actividad asistencial de los MIR. En el primer caso, por resultar estos residentes ajenos al propio servicio de urgencias; en el segundo, por lo ajustado de los recursos disponibles, especialmente en circunstancias de mayor presión asistencial. En general los servicios de urgencias están infrarrepresentados en las comisiones de docencia hospitalarias, algo que parece entrar en contradicción con el paso obligado de los residentes por estos servicios a lo largo de sus años de formación especializada.

3.2 DIGNIDAD E INTIMIDAD

3.2.1 Cuestiones generales

El Tribunal Constitucional ha proclamado que la dignidad constituye un «valor superior del ordenamiento que se contiene en el artículo 10.1 de la Constitución española como pósito de los demás valores o principios allí consagrados, lo que revela su fundamental importancia».³² Según reconoce la jurisprudencia del Tribunal Supremo,³³ el rasgo fundamental que preside el derecho a la intimidad personal (art. 18 de la Constitución), es el de constituir «un reducto individual dotado de pleno contenido jurídico que ha de quedar preservado de todo tipo de intromisión extraña, cualquiera que pueda ser la legitimidad que acompañe a esta última».³⁴

³² Sentencia 337/1994, fundamento jurídico cuarto.

³³ STS de 19 de julio de 1989, Sala 4ª, Sección I, fundamento jurídico tercero.

³⁴ El Convenio de Oviedo establece en su artículo 1: «Las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Cada Parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio». La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, determina, en su artículo 10, apartados 1 y 3, que los pacientes tienen derecho «al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad» y «a la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias». Por su parte, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación e información clínica, reconoce, en su artículo 2.1: «La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientará toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica».

La literatura científica destaca que los servicios de urgencias hospitalarios presentan características singulares que pueden dar lugar a un mayor riesgo de vulneración de la dignidad e intimidad de los pacientes. Así, un estudio prospectivo sobre la intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón, puso de relieve que, en los diez hospitales donde se desarrolló el estudio, la intimidad auditiva fue valorada con una puntuación media de 3,93 sobre 5.³⁵ Casi una cuarta parte de los pacientes encuestados afirmó haber escuchado las conversaciones de otros pacientes con el personal, y más del 20% tuvo la sensación de que otros pacientes pudieron haber escuchado sus conversaciones. En cuanto a la intimidad visual, la puntuación media fue de 4,32 en la misma escala. Uno de cada siete pacientes afirmó haber podido ver a otros pacientes mientras estaban siendo explorados, y uno de cada 10 tuvo la sensación de ser observado por otros pacientes mientras le estaban atendiendo. Este estudio refleja, de otra parte, que los datos obtenidos coinciden con una encuesta a profesionales en la que el 40% manifestó dar la información «siempre» o «casi siempre» en el pasillo o delante del compañero de habitación.

La estructura física y funcional de los servicios de urgencias es otro de los aspectos fundamentales que, a criterio de los expertos, impide, en muchas ocasiones, garantizar la dignidad e intimidad de los pacientes. La frecuente existencia de camas en el pasillo o en dependencias no habilitadas para este fin, la masificación en áreas asistenciales y lugares de información poco idóneos son extremos puestos de relieve para refrendar un criterio unánime sobre la imposibilidad de garantizar, en todos los casos, los derechos de los pacientes.

La intimidad acústica y visual fue una de las cuestiones que motivó mayor nivel de participación en las jornadas realizadas. Además de las causas de orden estructural³⁶ se aludió también a prácticas poco respetuosas con la intimidad, con ejemplos como la exposición de datos de identificación personal (documentación clínica en lugares inadecuados y transmisión de datos de viva voz) y la información facilitada por profesionales en el pasillo o delante de otros pacientes. Se puso de manifiesto la necesidad de adoptar medidas tales como:

- Adaptar la estructura física de los servicios, habilitando espacios capaces de asumir, en situaciones de incrementos puntuales, la demanda asistencial sin merma de la intimidad del paciente.

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

³⁶ No obstante, se puntualizó que aunque los espacios abiertos en las áreas de urgencia pueden generar un mayor riesgo de vulneración de derechos, posibilitan también un mayor control de los pacientes.

- Evitar la exposición de datos de carácter personal y establecer zonas específicas para facilitar información a pacientes y familiares o allegados autorizados.
- Implantar medios de aislamiento visual y auditivo.
- Promover la sensibilización y la formación de los profesionales sobre intimidad y confidencialidad (buenas prácticas que favorezcan la transmisión de información de forma adecuada).
- Fomentar la participación de los Comités de Ética Asistencial.

La dignidad de las personas adquiere una especial dimensión en los casos de pacientes en fase terminal. Fue unánime el criterio de los expertos sobre el hecho de que la atención a estos pacientes no debería prestarse en los servicios de urgencias, ya que en este entorno no puede garantizarse una muerte digna y preservar el duelo de familiares y allegados. Según señalaron, estos pacientes deberían ser atendidos en unidades de cuidados paliativos o a través de atención domiciliaria con el apoyo de equipos de soporte vital.

3.2.2 Situaciones de saturación

En las quejas ante los Defensores del Pueblo los ciudadanos refieren, como causa principal de sus reclamaciones, aspectos que no guardan relación con la atención sanitaria sino con el menoscabo de la personalidad y la dignidad humanas en las situaciones de saturación de los SUH. La permanencia en camillas y en los pasillos, el fallecimiento de pacientes ante la presencia de otros y la visualización por terceras personas de aspectos inherentes a la esfera íntima y personal son los motivos de quejas más frecuentemente invocados.

Para centrar este escenario conviene precisar que en la saturación de los servicios de urgencias inciden no sólo factores de gestión interna (capacidad de resolución y flujos de salida a planta), sino también de índole externa a los propios servicios.³⁷

En las jornadas preparatorias del presente estudio, los participantes coincidieron en la dificultad y, en ocasiones, en la imposibilidad de garantizar la dignidad e intimidad de los pacientes en los servicios de urgencias. Señalaron que la saturación de estos servicios, en muchos casos de carácter estructural y no puntual, es la causa principal que motiva el riesgo de vulneración de estos derechos. Las situaciones de saturación son consecuencia, entre otros factores, de la falta de camas libres en el centro sanitario y de una gestión poco eficaz de las mismas. Ello conlleva la permanencia, prolongada en no pocos casos, de pacientes en el servicio de urgencias con indicación de ingreso

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

hospitalario y en espera de cama, no siempre en condiciones adecuadas desde la perspectiva asistencial y también desde la óptica de la observancia de los derechos fundamentales.

Sin embargo, a tenor de las opiniones de los participantes en las jornadas, un correcto análisis de la frecuentación en los servicios de urgencias hospitalarios permite establecer tendencias previsibles de la demanda asistencial y la determinación de los pacientes que requerirán ingreso hospitalario, siendo, por ello, factible la adopción de medidas para dar solución, en gran medida, a las situaciones de saturación. Refieren, como medida fundamental, actuaciones de carácter multifactorial para agilizar el «drenaje» o salida de pacientes de los SUH, una vez finalizada la atención. Entre las propuestas debatidas, cabe citar:

- Promover la gestión de altas tempranas. Se alude a la conveniencia de formalizar altas de hospitalización por las mañanas para mejorar la capacidad de hospitalización y en fines de semana. Se debería evitar que estas altas se concentren en franjas horarias en turno de tarde, con la consecuencia de que camas que podrían liberarse permanezcan ocupadas por pacientes de los que se conoce con antelación que causarán alta.
- Programar «reservas de camas en planta», en función de los ingresos previsibles a través del servicio de urgencia.
- Establecer criterios de ingreso pactados con las distintas especialidades, en función de los cuadros clínicos, de modo que el médico de urgencias pueda autorizar los ingresos y los pacientes no vean prolongada en exceso su espera.
- Establecer indicadores de calidad que determinen tiempos máximos de permanencia de pacientes en el servicio (alta o ingreso en planta).
- Potenciar medidas alternativas a la hospitalización convencional (atención domiciliaria, hospital de día, cirugía mayor ambulatoria, consultas de alta resolución, unidades de continuidad asistencial orientadas al paciente crónico pluripatológico, etc.).
- Implantar circuitos adaptados a ciertas patologías o grupos de población.
- Mejorar la gestión del transporte sanitario. Con cierta frecuencia se ralentiza la salida de pacientes que han recibido el alta de urgencias.

Los profesionales a los que se solicitó parecer recalcaron que, aunque una mayoría de los ingresos en los hospitales lo son a través del servicio de urgencia, carecen de competencias para intervenir en la contención de la demanda y en la determinación de la derivación de pacientes a las unidades de hospitalización, decisión esta última que compete a los facultativos especialistas de otras áreas. No se tiene presente, por tanto, las necesidades de los servicios de urgencias en la programación diaria del hospital.

Las experiencias trasladadas a los Defensores del Pueblo por representantes de profesionales y gestores, inciden en que, por lo general, se priorizan los ingresos de pacientes en lista de espera frente a los que proceden del servicio de urgencia. Ello puede obedecer al hecho de que, entre los indicadores de gestión sujetos generalmente a debate público, figura el relativo a las listas de espera pero no los que afectan al servicio de urgencia. También se hizo referencia, como una posible causa que motiva esta priorización, al hecho de que los días que permanecen los pacientes en el área de urgencia no se computan como estancias hospitalarias en el respectivo servicio donde causarán ingreso, representando un sesgo informativo en el indicador de calidad «estancia media».

En cuanto a la determinación del cierre de camas hospitalarias en época estival, asumiendo que la medida está motivada ante un descenso de la demanda y actividad asistencial, no tiene justificación en ámbitos territoriales en los que, al contrario, se produce un significativo incremento de la población y de la demanda potencial. Los participantes indicaron que la determinación del cierre de camas debería efectuarse tras consultar a los profesionales de los servicios de urgencias sobre las necesidades estructurales de estos servicios y la adecuación de oferta/demanda asistencial, y en el marco de un plan de apertura inmediata de camas ante la eventualidad de necesidades sobrevenidas.

3.3 AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y DERECHO A LA INFORMACIÓN

3.3.1 Consentimiento informado

El Convenio de Oviedo establece, en su artículo 5, que «una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias». El derecho a consentir la actuación médica se incorporó a la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en su artículo 3.2.³⁸

En similares términos, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, efectúa una regulación exhaustiva de todo lo concerniente al consentimiento informado, proclamando que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento del paciente, una vez que, recibida la información adecuada, haya podido considerar las opciones propias del caso. Entre las excepciones a la obligación de obtener el consentimiento informado, esta ley dispone que los facultativos podrán llevar a cabo intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente cuando

³⁸ Hecha en Niza el 7 de diciembre de 2000 (*Diario Oficial de las Comunidades Europeas* de 18 de diciembre de 2000).

exista riesgo inmediato para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización. Esta posibilidad se limita exclusivamente a las intervenciones médicas que no puedan ser retrasadas, ya que aquellas cuya demora, aunque sea mínima, es aceptable se excluyen de este supuesto.

La doctrina del Tribunal Constitucional sobre el consentimiento informado ha quedado plasmada en la Sentencia 37/2011: «se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamiento que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Ahora bien, para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto, pueda ejercerse con plena libertad es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento». Por lo que respecta a las consecuencias de la falta de consentimiento informado, el Tribunal Supremo ha declarado que «constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la *lex artis ad hoc*».³⁹

La información sanitaria previa puede ser considerada, por tanto, como un procedimiento o mecanismo de garantía para la efectividad del principio de autonomía de voluntad del paciente y de los preceptos constitucionales que reconocen derechos fundamentales concernidos por las actuaciones médicas. Esta información, consecuencia de las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

El escaso tiempo, en ocasiones, para la adopción de decisiones diagnósticas y terapéuticas y las situaciones de riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del paciente son factores que inciden en mayor medida en los servicios de urgencias que en otros servicios médicos. Ello puede justificar que la intensidad de la exigencia de información sea menor cuanto mayor sea la urgencia. Sin embargo, no es suficiente que exista una situación de riesgo para omitir la información y el consentimiento posterior; este riesgo debe estar cualificado por los rasgos de inmediatez y de gravedad.

Para lo que aquí interesa, los rasgos que caracterizan la institución del consentimiento informado pueden sintetizarse del siguiente modo: 1) es requisito indispensable y previo del actuar de los profesionales sanitarios. Sólo su observancia les legitima para tomar decisiones sobre la salud del paciente; 2) desde la óptica del paciente, es un reconocimiento de la esencia de la dignidad de la persona que se traduce en el respeto a su libertad, a su capacidad de decidir autónomamente; 3) en

³⁹ STS, Sala 3ª, Sección IV, de 2 de noviembre de 2011, fundamento jurídico tercero.

consecuencia, su omisión, salvo para las excepciones previstas en la ley, constituye una infracción de la *lex artis*, potencialmente generadora de consecuencias jurídicas.

La realidad puesta de manifiesto parece cuestionar, en ocasiones, la primacía de los valores de la información y del consentimiento y, por tanto, la capacidad de decidir del propio paciente. Esta realidad desplaza, en cierto modo, la esencia de la relación médico/paciente hacia la beneficencia y la capacidad de los profesionales sanitarios para decidir lo que se considera que más conviene al paciente.

Los interlocutores en representación de los pacientes compartieron que, en términos generales, la claridad de la información facilitada por los profesionales sanitarios es escasa, el procedimiento de comunicación deficiente y el esfuerzo para superar las barreras de comprensión limitado.⁴⁰ Estos colectivos propugnaron el establecimiento de una nueva cultura en materia de información sanitaria. Se trataría de facilitar un diálogo continuado entre profesionales y pacientes a lo largo del proceso asistencial. También se requiere un lenguaje accesible, sencillo, claro y ajustado al receptor, especialmente en supuestos de personas con discapacidad. Es igualmente relevante disponer de más información para la efectividad de posibles alternativas diagnósticas y terapéuticas, especialmente en medios rurales e insulares.

Los representantes de los profesionales sanitarios pusieron de relieve, por el contrario, que, en términos generales, la información facilitada a los pacientes es suficiente, si bien no resulta fácil gestionar sus expectativas, sobredimensionadas en ocasiones, ni las situaciones de saturación de los servicios.⁴¹ No obstante, señalaron que

⁴⁰ Entre los razonamientos expuestos por estos cabe reseñar los siguientes: 1) el consentimiento se concibe, en ocasiones, como un instrumento para la defensa de los profesionales y del centro sanitario y no tanto como protección y garantía de la autonomía de la voluntad de la persona. No siempre está precedido de información adecuada y suficiente al paciente para que este pueda adoptar libremente una decisión sobre un procedimiento terapéutico o diagnóstico; 2) la redacción y el alto contenido técnico de algunos modelos para la formalización del consentimiento dificultan su comprensión. El lenguaje accesible, sencillo, claro y ajustado al receptor adquiere una mayor dimensión en supuestos de personas con discapacidad; 3) el consentimiento debería prestarse, y ello no es así en todos los casos, de modo y en condiciones tales que permitieran la necesaria reflexión y valorar y tomar en su exacta consideración la información que se proporciona. Facilitar la información sin tiempo suficiente para su maduración equivale a la omisión del consentimiento informado; 4) la atención a personas en situación vulnerable requeriría documentos específicos para la prestación del consentimiento adaptados a las especiales características de cada uno de los colectivos. Esta formalización debería efectuarse tras consultar con las organizaciones que representan a estos pacientes; 5) sería aconsejable la realización de estudios en el ámbito de la atención primaria acerca de la capacidad de comprensión y de preferencias en cuanto a cuidados y tratamientos de salud de personas de colectivos vulnerables, a fin de proyectar su percepción en supuestos de atención en los servicios de urgencia; 6) la elaboración de documentos para la prestación del consentimiento en idiomas extranjeros facilitaría el acceso a la información y la efectividad de la autonomía de la voluntad en pacientes de otras nacionalidades; 7) tras la formalización del consentimiento, un significativo número de pacientes plantean reclamaciones que guardan conexión con la falta de adecuada y suficiente información.

⁴¹ Entre otras manifestaciones, los profesionales señalaron: 1) el consentimiento despliega todos sus efectos en los servicios generales, pero no en los servicios de urgencias; 2) las posibles opciones o alternativas diagnósticas y terapéuticas se deciden, en algunos supuestos, por los profesionales sanitarios sin la participación del paciente. Se aduce, para justificar esta actuación, que se trata de una decisión estrictamente

la información facilitada no siempre ofrece posibles alternativas terapéuticas. Tampoco se verifica en todos los casos si la información ha sido comprendida por el paciente y no siempre se deja constancia de la información facilitada en la historia clínica. En similares términos se expresaron los expertos del colectivo de gestores.⁴²

En algunas opiniones trasladadas a los Defensores del Pueblo por representantes de los profesionales subyace que la virtualidad del consentimiento informado no parece asumirse en todos los casos. En cierto modo y a tenor de algunas expresiones, esta institución jurídica se considera, a veces, como un mero procedimiento administrativo, cuya finalidad principal sería exonerar de posibles responsabilidades en caso de reclamaciones de pacientes y no, como es, un proceso cuyo defecto comporta un incumplimiento de la *lex artis*.

3.3.2 Instrucciones previas

La especificidad de los servicios de urgencias hospitalarios otorga especial relieve a la efectividad de las instrucciones previas de los pacientes, manifestación también del principio de autonomía de la voluntad, y al acceso a los registros de estos documentos.

Los participantes en las Jornadas coincidieron en el escaso impacto de las instrucciones previas. Entre los motivos de su poca utilización se barajaron diferentes factores: la falta de tradición en España de esta institución jurídica, la insuficiente información y algunos problemas de orden cultural para afrontar cuestiones relacionadas con la muerte. Expresaron también que, en términos generales, no se suscitan problemas en cuanto a la aplicación de las instrucciones previas, figurando en los sistemas informáticos de algunos servicios de salud un icono que advierte sobre su existencia. Se planteó la existencia de dificultades en los supuestos de atención a pacientes de una comunidad autónoma distinta a la de residencia, como consecuencia de dificultades de interoperatividad de la historia clínica. En estos casos sería preciso acceder al registro

técnica y que la confianza del paciente en el profesional permite a éste adoptar unilateralmente la decisión que más conviene a aquel; 3) se recaba consentimiento verbal en supuestos en los que, según la ley, debería formalizarse por escrito; 4) no es infrecuente que el paciente firme, de forma instantánea y sin reflexión suficiente sobre su contenido, el documento que se le presenta para otorgar el consentimiento por escrito; 5) en procedimientos en los que intervienen varios especialistas, se suscitan, en ocasiones, controversias en cuanto al profesional responsable de promover el consentimiento, con la consecuencia de que no queda garantizada la autonomía de la voluntad del paciente.

⁴² Entre los gestores se hizo especial alusión a varios aspectos: 1) falta de formación de los profesionales sanitarios con relación a los aspectos éticos que presiden la autonomía de la voluntad de los pacientes. Los Comités de Ética Hospitalarios deberían intervenir decididamente en este ámbito; 2) formalización de documentos para otorgar el consentimiento que no garantiza la autonomía de la voluntad de los pacientes, al limitarse éstos a la firma del mismo, sin conocer el alcance de su contenido. La sola firma, sin la previa lectura y comprensión del documento, tiene por finalidad garantizar su existencia y no el facilitar información adecuada y suficiente sobre la prueba diagnóstica o procedimiento quirúrgico; 3) falta de incorporación del documento del consentimiento informado a la historia clínica, lo que llega a motivar, en algunos casos, la suspensión de procedimientos quirúrgicos.

nacional de instrucciones previas, a través de los responsables de los registros autonómicos, procedimiento ineficaz en supuestos de urgencia. Se aludió a la necesidad de promover campañas de información y planes de formación a los profesionales sanitarios para difundir el conocimiento de las instrucciones previas.

3.3.3 Información clínica

La historia clínica integra el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de un proceso asistencial. Su finalidad es la de facilitar la asistencia, dejando constancia de todos aquellos datos que, según el criterio de profesionales sanitarios, permiten el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Este concepto se subsume en uno más amplio, el de la documentación clínica, y se remite a otro más concreto, el de información clínica.

La información recabada de los expertos indica un panorama dispar sobre la implantación de la historia clínica electrónica, según se trate de uno u otro ámbito territorial. Las opiniones expresadas muestran los problemas que plantea la coordinación de las historias clínicas y la necesidad de promover la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la diversidad de sistemas y tipo de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente. Se trataría de lograr un mayor nivel de seguridad en los pacientes y de evitar que quienes son atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición.

Se advirtió también sobre una serie de cuestiones de relevancia práctica en este ámbito: 1) el mayor riesgo de efectos adversos como consecuencia de la falta de interoperatividad entre historias clínicas, especialmente en colectivos vulnerables; 2) el significativo grupo de población con doble aseguramiento sin conexión entre sí a efectos de documentación clínica; 3) la imposibilidad de acceso a la historia clínica por parte de personal de emergencias médicas, en supuestos en los que la historia clínica no es única o no está informatizada; 4) las dificultades para la inclusión automática en la historia clínica informatizada de los datos derivados del triaje; 5) la estructura misma de la historia clínica, cuyo contenido no permite verificar, salvo algunas excepciones, la trazabilidad del paciente.

3.4 SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

La Organización Mundial de la Salud ha declarado que «las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e

interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran efectos adversos y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia».⁴³

En la mencionada declaración se señala también que, tras la publicación del informe del Institute of Medicine (IOM) titulado *To err is human*⁴⁴, la seguridad de los pacientes se ha situado en el centro del debate público en todo el mundo. Según este informe, «entre un 4% y un 17% de los pacientes que ingresan en un hospital sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores provocarán la muerte. En EEUU se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo».

En España, el *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (ENEAS)*, determina la incidencia de estas situaciones relacionadas directamente con la asistencia hospitalaria, define sus causas inmediatas y describe las evitables. Según este estudio, la incidencia de pacientes que han padecido efectos adversos fue del 8,40%, considerándose evitables el 42,60% de ellos. En el 0,25% del total de pacientes, los efectos adversos fueron causa directa del fallecimiento. El 9,60% de los casos ocurrió en servicios de urgencias y en la atención previa a la hospitalización.⁴⁵

Los datos reseñados y su interpretación requieren tener presente que un significativo porcentaje de los efectos adversos deriva de situaciones latentes en el propio sistema y no de negligencias o imprudencias de los profesionales sanitarios.

En los últimos años, se han incrementado las iniciativas en todos los sistemas de salud para minimizar los riesgos en la atención sanitaria. Así, la OMS, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, el Consejo de Europa y la Unión Europea, mediante recomendaciones a los Estados miembros y diversos estudios,⁴⁶ han impulsado estrategias y propuesto planes y medidas legislativas para la consecución de una atención sanitaria más segura.

Tal y como se refleja en el citado documento *Unidad de urgencias hospitalaria: estándares y recomendaciones*, «la saturación de la Unidad de Urgencias Hospitalaria dificulta la correcta atención sanitaria al paciente cuando el tiempo de instauración del

⁴³ OMS, *Calidad de la atención: seguridad del paciente*, 5 de diciembre de 2001.

⁴⁴ Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, y Molla S. Donaldson (eds.), Washington, Institute of Medicine, National Academy Press, 2000.

⁴⁵ *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización: ENEAS 2005*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

⁴⁶ *Special Eurobarometer 411, «Patient Safety and Quality of Care»*, Unión Europea, 2014.

tratamiento es fundamental (síndrome coronario agudo, ictus isquémico agudo, traumatismo grave); provoca retrasos diagnósticos; se relacionan con un aumento de la morbi-mortalidad; favorece el error humano; incrementa la mortalidad hospitalaria y aumenta la estancia media hospitalaria».⁴⁷

La lista de cuestiones abiertas al debate y planteadas en las jornadas preparatorias de este estudio incidía especialmente en la detección y prevención de efectos adversos y en la promoción de prácticas seguras, a través de estrategias en áreas prioritarias, como elementos clave para mejorar la práctica clínica. La participación de los expertos se centró, básicamente, en los sistemas de notificación y registro de incidentes y efectos adversos en el sector sanitario. De ello se deduce que la evaluación de estos sistemas es un objetivo principal en materia de seguridad del paciente.

Las asociaciones de representantes de pacientes consultadas por los Defensores del Pueblo hicieron también referencia a: 1) la insuficiente cultura de los profesionales sanitarios en cuanto a la seguridad y reconocimiento del error en la práctica clínica; 2) el escaso nivel de investigación ante reclamaciones de pacientes en materia de seguridad; 3) la necesidad de potenciar unidades de gestión de riesgos; 4) el establecimiento de estándares de calidad y de guías de buenas prácticas; 5) la importancia de mediadores interculturales para evitar efectos adversos.

Estos planteamientos coinciden con algunos de los expresados en el taller de expertos convocado por el Ministerio de Sanidad, para la elaboración del informe «Estrategia en Seguridad del Paciente».⁴⁸ Entre las estrategias relacionadas con la implantación de sistemas de comunicación de incidencias y de seguimiento y evaluación de la seguridad de pacientes, el mencionado informe oficial resaltaba las siguientes: 1) implantar sistemas eficaces de notificación y planificación de medidas para la reducción de incidentes; 2) información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes; 3) formar especialistas en gestión de riesgos; 4) impulsar sistemas de comunicación y análisis de incidentes; 5) despenalizar por efectos adversos al personal sanitario; 6) Coordinación institucional entre las comisiones de gestión de riesgos y las de reclamaciones siempre que hubiera resultados adversos.

La experiencia trasladada a los Defensores del Pueblo, tanto por representantes de profesionales como de gestores, puso de manifiesto que un porcentaje elevado de efectos adversos son evitables y que, en términos generales, no se declaran ni constan

⁴⁷ Ministerio de Sanidad y Política Social, op. cit., p. 14.

⁴⁸ Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, *Estrategia de Seguridad del Paciente*, Madrid, 2005. Entre los problemas prioritarios del SNS en materia de seguridad, además de los ya indicados, se aludían a otros, tales como la falta de diálogo médico/paciente; la infrautilización de la información existente (reclamaciones) para mejorar la seguridad; la escasa sensibilización de los profesionales sobre la gestión de riesgos o el insuficiente conocimiento por parte de los profesionales sanitarios y la sociedad en general de la magnitud de los problemas de seguridad en la atención sanitaria.

en los informes de alta; la falta de cultura en materia de seguridad y el temor a posibles consecuencias jurídicas fueron dos de los principales factores expuestos para justificar la falta de dicha notificación. Se aludió también a que el actual marco legal en España no ayuda a la implantación de sistemas de notificación de efectos adversos. Algunos participantes se posicionaron a favor de establecer previsiones legales que garanticen la indemnidad del notificante de estos eventos desde una perspectiva laboral y judicial. También cuestionaron el carácter obligatorio o voluntario del acto de notificación y el acto formal de registrar tales eventos, si los profesionales no perciben que las notificaciones promueven su reducción.

El hecho de que la mayor preocupación manifestada por los expertos consultados se refiera a los sistemas de notificación y registro de efectos adversos y los problemas que su creación puede implicar desde un punto de vista jurídico, aconseja una revisión de las prácticas ya existentes y de las iniciativas legales en el derecho comparado.⁴⁹

En nuestro país, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, determina, en su artículo 59, los elementos que integran la infraestructura de calidad en el Sistema Nacional de Salud, citando, entre ellos, «el registro de acontecimientos adversos, que recogerá información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente». El artículo 60 de esta Ley crea la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, órgano al que corresponde la elaboración y el mantenimiento de los elementos de la infraestructura de la calidad. Existe, por tanto, un mandato legal para la configuración en España de un sistema de notificación y registro de efectos adversos, cuya materialización corresponde a la citada Agencia de Calidad.

El *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*⁵⁰ ha diseñado una estrategia para la prevención de efectos no deseados y secundarios a la atención sanitaria. Entre los objetivos de la mencionada estrategia resalta el referido a la configuración de

⁴⁹ Tanto en el marco europeo como internacional, algunos Estados (EEUU, Dinamarca, Gran Bretaña, Australia, Suecia y Holanda, entre otros) han establecido sistemas de notificación de eventos adversos refrendados por marcos normativos adaptados a los mismos. El Consejo de la Unión Europea emitió la Recomendación de 9 de junio de 2009, sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y la lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (*Diario Oficial de la Unión Europea*, C 151, de 3 de julio de 2009), que señala: «Se calcula que en los Estados miembros entre un 8% y un 12% de los pacientes ingresados sufre efectos adversos durante su tratamiento». En el ámbito jurídico del Consejo de Europa, debe citarse la Recomendación (2006) del Comité de Ministros, sobre la gestión de la seguridad de los pacientes y de la prevención de los eventos adversos no deseables en los cuidados de salud, de 24 de mayo, que alude al marco jurídico que procede implantar y al desarrollo de un sistema de notificación de los incidentes relativos a la seguridad de los pacientes, bajo las siguientes premisas: 1) sistema no punitivo e independiente de otros mecanismos de regulación; 2) concebido para incentivar a los profesionales sanitarios, con el fin de señalar los incidentes de seguridad (procedimiento voluntario, anónimo y confidencial); 3) facilitar la participación de los pacientes; 4) garantizar la protección jurídica de los profesionales en el origen de la notificación para no ser objeto de investigación o de medidas disciplinarias.

⁵⁰ Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Madrid, 2010.

sistemas de notificación de efectos adversos: «Objetivo 8.2: diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. El objetivo primario de un sistema de comunicación de incidentes es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los errores. Los sistemas de comunicación de incidentes no están destinados a identificar y sancionar al personal sanitario involucrado en el incidente, sino a aprender de los errores y evitar que puedan volver a repetirse».

En España coexisten diferentes modelos de notificación de efectos adversos. Algunos, de carácter obligatorio, tienen carácter sectorial (sistemas de farmacovigilancia⁵¹ y biovigilancia⁵²). El más extendido posee carácter voluntario para los profesionales sanitarios. Respecto a este último modelo, y según la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, «se estima que el 95% de todos los efectos adversos no se documentan, es decir, quedan ocultos».⁵³

Una de las cuestiones a plantear es, por tanto, la relativa al posible diseño de un sistema nacional de notificación y registro de efectos adversos. Este diseño requeriría un contexto legal adecuado y la confianza y la participación activa de los profesionales sanitarios.

La práctica comparada muestra una diversidad de modelos de sistemas de comunicación de efectos adversos en el ámbito sanitario, cuya evaluación puede ofrecer información relevante para la eventual implantación de los mismos en España. Los rasgos de estos modelos se caracterizan por su carácter no punitivo y su orientación exclusiva a la formación de los profesionales y a la prevención de errores. La posible conexión de un evento adverso a un supuesto de responsabilidad de profesionales sanitarios constituye una barrera para la efectiva implantación del sistema de notificación al que se viene haciendo referencia. Tal y como se ha señalado anteriormente, las razones esgrimidas por los expertos fueron que el actual marco legal en España no favorece su creación por los obstáculos legales (normativa procesal, protección de datos, secreto profesional, deberes de denuncia y de declarar, etc.).

⁵¹ Ya se han producido iniciativas para la notificación de eventos adversos, especialmente en el área de medicamentos, sector en el que más se ha desarrollado el sistema de notificación. El artículo 54 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, crea el Sistema Español de Farmacovigilancia, figurando entre sus objetivos el de «recoger, elaborar, y, en su caso, procesar toda la información útil para la supervisión de medicamentos y, en particular, la información sobre reacciones adversas a los medicamentos». Este sistema parte de la colaboración obligatoria en el sistema general de notificaciones de eventos adversos, señalando que «en el Sistema Español de Farmacovigilancia están obligados a colaborar todos los profesionales sanitarios».

⁵² El Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos, dispone, en su artículo 35.3 y bajo el epígrafe Sistema de Biovigilancia, que «todos los centros o unidades que obtengan y apliquen células o tejidos así como los establecimientos de tejidos deberán comunicar la existencia de cualquier evento o reacción adversa».

⁵³ Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, p. 21.

4 ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN VULNERABLE

La atención a las demandas urgentes que provienen de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad constituye uno de los objetivos principales señalados para este estudio.

En un contexto de análisis de los derechos de los usuarios de los servicios de urgencias hospitalarios, anima la intención de las instituciones que lo promueven a prestar singular atención a determinados colectivos, en los que concurren circunstancias que pueden menoscabar su posición, tanto a la hora de acceder al servicio, como en el desarrollo del proceso asistencial en dichos dispositivos.

Este tratamiento diferenciado se justifica en la razón de ser misma de los Defensores del Pueblo, instituciones mandatadas para la protección de los derechos y libertades de los ciudadanos y, muy especialmente, de los más desprotegidos.

Al mismo tiempo destaca el volumen de la actividad de los servicios de urgencias hospitalarios que tiene como destinatarios a estos segmentos de la población, convirtiéndolo en un elemento clave para la gestión global de la asistencia, lo que habría de despertar el interés de las administraciones que tienen atribuido este cometido.

4.1 PERSONAS INMIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR

La modificación operada en el régimen de titularidad del derecho a la asistencia sanitaria del sistema público, por obra del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ha incidido significativamente en el colectivo de inmigrantes en situación irregular, en la medida en que cambia sustancialmente su posición en cuanto al acceso al Sistema Nacional de Salud.⁵⁴

⁵⁴ La equiparación en el acceso a la asistencia sanitaria con las condiciones en las que venían haciéndolo los españoles, que establecían la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, a favor de los extranjeros inscritos en el padrón municipal, se ha visto sustituida, con la modificación del artículo 12 de esta última ley, por los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria, y por lo tanto primeramente, por la regulación que se contiene en el Real Decreto-ley 16/2012 y desarrollado en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Esta normativa reedita en cierto sentido el vínculo asegurado-cotizante, aunque introduce determinadas medidas correctoras. De igual manera, dejan de estar cubiertos los inmigrantes que hayan obtenido autorización de residencia con posterioridad al 24 de abril de 2012, salvo que, por un título específico (p. ej., estar en alta como trabajador por cuenta propia o ajena), queden encuadrados como asegurados o beneficiarios.

La consecuencia es que las personas extranjeras que no puedan acreditar una autorización para residir en territorio español resultan excluidas del sistema, manteniendo únicamente un limitado campo de derechos. Algunos de los expertos consultados para la elaboración de este estudio han manifestado que esta modificación normativa ha supuesto la baja de 873.000 tarjetas sanitarias de extranjeros residentes en España.⁵⁵ La modulación del principio de universalidad al que tradicionalmente ha evolucionado el ámbito subjetivo del sistema sanitario público, propiciada por el Real Decreto-ley 16/2012, ha suscitado contestación desde ámbitos muy diversos, que lo atribuyen a criterios de índole economicista.

Varias comunidades autónomas interpusieron recursos de inconstitucionalidad frente a esta norma⁵⁶ y se han habilitado diferentes mecanismos, con dispar amparo normativo, para contrarrestar nocivos efectos que se aprecian en la normativa estatal. La heterogeneidad preside el panorama actual, en el que coexisten comunidades autónomas que aplican la reforma aludida en sentido estricto, con una mayoría que ha arbitrado procedimientos para dispensar asistencia sanitaria a las personas en situación irregular, con mayor o menor alcance.

Dentro de estas últimas se distinguen aquellas que llevan a cabo un reconocimiento pleno del derecho de acceso y aquellas que cuentan con programas especiales asociados a diversos condicionamientos (normalmente determinado tiempo de empadronamiento previo), mediando la expedición de algún tipo de tarjeta o documento acreditativo.⁵⁷ Algunas han tratado de implantar estas medidas por medio de normas de

⁵⁵ Concretamente, Médicos del Mundo recoge esta cifra en su informe *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*, abril 2014, p. 8, refiriéndose a una comparecencia del presidente del Gobierno con ocasión de la presentación a la Comisión Europea del Programa Nacional de Reformas 2013 y precisando que dicha cifra se había contabilizado desde 1 de septiembre de 2012 hasta la fecha de la comparecencia. No obstante el dato no permite determinar el colectivo de personas extranjeras que carecen de derecho a la asistencia sanitaria con cargo al SNS, ya que muchas bajas han podido producirse por salida de los interesados de España, ni se precisa en qué parte afecta a ciudadanos de la Unión Europea que pueden tener un título propio de aseguramiento por su país de origen y, de contrario, el dato tampoco contempla las personas que han accedido a territorio nacional con posterioridad al 24 de abril de 2012 y que no tienen reconocido por se este derecho.

⁵⁶ Las Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias, Canarias, Cataluña, Navarra y País Vasco interpusieron recursos de inconstitucionalidad contra determinados preceptos del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril. En términos generales, el planteamiento ante el Tribunal Constitucional refleja diversas argumentaciones, aunque principalmente se está cuestionando la concurrencia de la «extraordinaria y urgente necesidad» que se exige para la fórmula jurídica utilizada, la eventual invasión de competencias autonómicas, y la propia configuración del derecho a la protección de la salud, en cuyo seno toma relevancia la cuestión que estamos considerando, por la eventual colisión de la medida de exclusión de los extranjeros sin autorización de residencia con una interpretación de los preceptos constitucionales de aplicación, a la luz de los convenios internacionales suscritos por España.

⁵⁷ Andalucía y Asturias han establecido procedimientos para proporcionar asistencia sanitaria a personas inmigrantes en situación irregular, en las mismas condiciones que el resto de la población residente. Aragón, Canarias, Cantabria, Cataluña, Comunitat Valenciana, Extremadura y Galicia han promovido programas especiales para este colectivo.

desarrollo, mientras que otras se han limitado a elaborar protocolos o instrucciones internas.⁵⁸ La mayor parte de las restantes comunidades contemplan determinadas excepciones para el tratamiento de enfermos mentales, padecimientos crónicos, o situaciones que pongan en riesgo la salud pública.⁵⁹

El Real Decreto-ley 16/2012 prevé que los extranjeros en situación irregular reciban asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa y hasta la situación de alta médica; de asistencia al embarazo, parto y posparto; cobertura en igualdad de condiciones con los españoles para los menores de dieciocho años. La práctica diaria de los centros asistenciales evidencia una realidad distinta a la que señala la norma, y destapa problemas subyacentes a la atención sanitaria de urgencia de estas personas, que en principio están llamadas a recibirla sin obstáculos y en condiciones de gratuidad.

Diversas asociaciones y organizaciones no gubernamentales han hecho llegar a los Defensores del Pueblo estudios de casos sobre las irregularidades que se están sucediendo en el acceso de los inmigrantes sin autorización de residencia a la asistencia sanitaria de urgencia, y del esfuerzo que los interesados y las propias entidades sociales han de realizar para solventar las dificultades existentes a la hora de buscar remedio para los problemas de salud que les afectan.⁶⁰

Desde una perspectiva global, dos tipos de problemas dificultan el efectivo cumplimiento de las prescripciones legales en esta materia: 1) la práctica frecuente de supeditar la asistencia sanitaria urgente a la firma de un compromiso de pago, así como la emisión de facturas con la liquidación de gastos; 2) la ruptura de la continuidad asistencial.

⁵⁸ El Decreto 114/2012, de 26 de junio, del Gobierno Vasco, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del SNS en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, fue recurrido ante el Tribunal Constitucional por el Ejecutivo central, que solicitó la suspensión de aplicación de gran parte de su articulado, aunque el Pleno de dicho Tribunal levantó parcialmente la misma. Mediante la Orden de 4 de julio de 2013, el Gobierno vasco reguló el procedimiento para el reconocimiento de la asistencia sanitaria a quien no tiene la condición de asegurado o beneficiario, que también fue objeto de recurso por el Gobierno central, aunque su tramitación se ha suspendido por el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, de manera que mantiene su vigencia en tanto se resuelva el conflicto de competencias entre el Estado y Euskadi en este asunto.

La Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra, también fue recurrida ante el Tribunal Constitucional por el presidente del Gobierno, habiéndose decretado su suspensión en tanto se sustancia el recurso.

⁵⁹ Según los casos, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Illes Balears y Región de Murcia.

⁶⁰ *Informe sobre el impacto de la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012 en personas con cáncer, extranjeras en situación irregular*, Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), julio 2014. *Informe de vulneraciones del derecho a la salud en atención de urgencias a personas inmigrantes sin tarjeta sanitaria*, Médicos del Mundo, 2014. *El impacto de la reforma sanitaria*, Cáritas, 2014.

4.1.1 Compromiso de pago y facturación de la asistencia de urgencia

Los representantes de las entidades participantes en la primera jornada preparatoria de este estudio pusieron reiteradamente de manifiesto la existencia de trabas administrativas para el acceso a la asistencia sanitaria urgente en centros hospitalarios.

La práctica de expedir documentos para comprometer a los pacientes al pago de la asistencia recibida es frecuente y opera con carácter previo a la propia clasificación en triaje, desde el momento en que el inmigrante comparece en el servicio de admisión y se procede a la toma de datos.

Este modo de proceder se sustancia en instancias administrativas y es previa a la actividad de los profesionales sanitarios, los cuales dispensan un trato igualitario a los miembros de este colectivo, hasta el punto de llegar a desconocer en la mayoría de los casos las particularidades de su situación administrativa.

La carencia de tarjeta se traduce en un indicador apriorístico del derecho de los usuarios, pues la ausencia de la misma basta para gestionar el compromiso de pago o expedir la factura de gastos, tratando de asegurar la cobertura económica de la asistencia que se proporcione. El principal problema se presenta a la hora de acreditar la concurrencia de los requisitos que determinan el derecho, pues la posible comprobación de la situación administrativa de los usuarios a través del contacto con el órgano competente que pudiera dar fe de la misma, al margen de su complejidad, plantea más efectos perniciosos que beneficios para el afectado, en la medida en que hace patente su situación de irregularidad ante las autoridades.

En esta circunstancia, a un inmigrante se le pide que acredite una circunstancia negativa, es decir que no está en situación regular en España. Los términos de la norma a este respecto resultan inequívocos, al afirmar el derecho a la asistencia sanitaria de urgencias. Así pues, la operativa administrativa debería organizarse de una forma distinta, al objeto de no privar de eficacia práctica a este derecho. Una posible solución pasaría por establecer una vía de interlocución a través de los servicios sociales hospitalarios, una vez producida la atención de los interesados o en paralelo con familiares o allegados, al objeto de establecer razonablemente la situación de irregularidad a los solos efectos de la administración sanitaria. Otra posibilidad sería que los propios servicios de salud acreditaran mediante algún documento, distinto a la tarjeta sanitaria, la concreta situación de estas personas y su derecho a la atención sanitaria urgente, de manera que dicho documento evitara compromisos de pago y acturaciones,⁶¹

⁶¹ Se constata que la facturación emitida rara vez culmina en el cobro de su importe, pues normalmente no se alcanza la vía de apremio, o se tramita su contabilización.

que suponen una carga burocrática en buena parte inútil, y que tienen un efecto disuasorio.⁶²

En la jornada que se desarrolló con los representantes de asociaciones de pacientes y organizaciones no gubernamentales se apuntó que los miembros de este colectivo —especialmente aquellas personas con irregularidad sobrevenida— se enfrentan con temor a la obligación de suscribir un compromiso de pago, o a la posibilidad de que se facture la asistencia, con las implicaciones que estas prácticas pudieran ocasionarles.⁶³ Ello puede conducir a la autoexclusión de una prestación respecto a la que ostentan un derecho reconocido. Las entidades sociales alertan sobre que estas personas están dejando de acudir a los servicios de urgencias hospitalarios cuando tienen un problema de salud, reforzados también en este comportamiento por la disposición de cartelera y otros medios que en los centros muestran advertencias relacionadas con la exigencia inexcusable de la tarjeta sanitaria.

4.1.2 Garantía de la continuidad asistencial

La atención del problema de salud que determina la asistencia sanitaria urgente normalmente se circunscribe, en el caso de los extranjeros en situación irregular, al episodio hospitalario, prolongándose todo lo más si se decreta el ingreso y exclusivamente por el tiempo que conlleve el mismo.

A partir de ese momento surgen dificultades para que el paciente sea derivado a otros dispositivos asistenciales, bien de atención primaria, bien especializados, desde los que habría que efectuar el seguimiento, incluyendo la práctica de las pruebas diagnósticas y la instauración de los tratamientos médicos, quirúrgicos o farmacológicos que sean necesarios.

La situación de urgencia se delimita temporalmente por la emisión del alta médica, pero dicho concepto se confunde habitualmente con el alta hospitalaria. No obstante, la primera presupone la atención integral del problema hasta su mejoría o curación, mientras la segunda implica exclusivamente que se ha procurado asistencia en la fase aguda, pero no excluye la necesidad de actuaciones posteriores.

Cuando la prestación hospitalaria de urgencia a un extranjero en situación irregular finaliza comienzan las dificultades para la asignación de citas, cuando no la denegación

⁶² La definición de la OMS residencia en el paciente o en quienes realizan la demanda de atención, la conciencia de la necesidad de asistencia inmediata para el problema de salud que se presenta. No debe olvidarse que urgencia no es igual a emergencia, pues no requiere que se ponga en peligro inmediato la vida o la función de un órgano, pudiendo tener causa diversa y gravedad variable.

⁶³ De acuerdo con lo previsto en el art. 37.1 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, el incumplimiento de las obligaciones en materia tributaria y de Seguridad Social puede perjudicar la renovación de los permisos de residencia temporal.

de las mismas para los sucesivos pasos asistenciales, al tiempo que se produce un vacío respecto de la prestación farmacológica, pues a la prescripción realizada en urgencias no le siguen las sucesivas recetas que sean precisas.

La predisposición de los profesionales sanitarios y de trabajo social para intentar asegurar el seguimiento de los pacientes que lo precisen fue resaltada por los participantes de la jornada que reunió al movimiento asociativo, pero al mismo tiempo se manifestó la necesidad de que la garantía de la continuidad asistencial no dependa de compromisos individuales o actos de solidaridad.

La limitación del derecho de los inmigrantes en situación irregular a la atención de urgencias y la incorrecta interpretación de su alcance, provoca que los que padezcan procesos crónicos, o los que deben completar el diagnóstico y tratamiento, puedan verse obligados a acudir de nuevo a los servicios de urgencias hospitalarios.

Las consecuencias también se dejan sentir en términos de salud, pues se retrasa la atención y el diagnóstico, que en ocasiones se produce en estados avanzados de la patología, limitando las expectativas de recuperación del paciente. Ante la aparición de cualquier tipo de sintomatología los afectados en esta situación tienden a aguardar hasta que se produce un agravamiento que hace ineludible la asistencia hospitalaria de urgencia.

Según los expertos consultados, el ahorro económico que pudiera pretenderse con la limitación de cobertura asistencial a la atención sanitaria de urgencias no resulta apreciable, sino que, muy al contrario, se produce un incremento del coste a largo plazo, que resulta de la necesidad de aplicar tratamientos curativos, frente a la menor onerosidad de las medidas de prevención y diagnóstico temprano en el nivel de atención primaria.

4.2 ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE FRAGILIDAD

Determinados grupos de población están llamados a ser sujetos de actuaciones específicas, así como de programas especiales y preferentes en el marco de nuestro sistema sanitario. La situación de vulnerabilidad de algunos colectivos menoscaba su posición en el entramado asistencial sanitario y, de forma más acusada, en los servicios de urgencias hospitalarios.

La naturaleza de las dolencias que determinan la demanda de asistencia sanitaria urgente, la exigencia de premura que conlleva su atención y la complejidad del proceso que se desarrolla en dichos servicios, ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo actuaciones que permitan compensar el especial desvalimiento a los que muchos colectivos han de enfrentarse.

A lo largo de la primera jornada preparatoria de este estudio fueron desgranándose estas necesidades y se compartieron experiencias que evidenciaron la gran heterogeneidad de prácticas existente. El relato efectuado por los colectivos representados llevó a advertir que algunas de las demandas son comunes a la mayoría de los grupos, mientras que otras aparecen únicamente vinculadas a alguno o algunos de ellos.

Con carácter preliminar se suscita la cuestión de la identificación temprana de los pacientes más frágiles. Para algunos de los intervinientes en la referida jornada, debería proporcionarse a estos pacientes o a sus cuidadores algún medio que permitiera identificarles con prontitud, mientras que otros argumentaban la suficiencia a estos efectos de los datos contenidos en la historia clínica digital. Se indicó también que algunas experiencias con el uso de tarjetas identificadoras no están resultando totalmente efectivas para agilizar la asistencia.

El examen de los perfiles de pacientes más frágiles a la hora de requerir y recibir asistencia en los servicios de urgencias de los hospitales, plantea un doble debate: el del acompañamiento de estos pacientes por familiares o allegados durante el itinerario del proceso asistencial en el servicio, y el que se vincula a la priorización de su asistencia.

El debate sobre el acompañamiento debe resolverse favorablemente en opinión de todos los sectores consultados, pero su materialización no está exenta de complicaciones, ligadas a la estructura física de los centros, así como al nivel de regulación de la medida, que en la mayoría de los casos se encuentra escasamente articulada, a veces incorporada a un protocolo, y en ocasiones ni siquiera eso.

La priorización en el triaje y en la atención sanitaria se configuran también como opciones para acortar los tiempos de espera, que resultan recomendables en muchos casos, pero su establecimiento resulta igualmente complejo y es fuente de polémica, en la medida en que implica la prelación de unos pacientes respecto de otros, y precisa la fijación de unos criterios apriorísticos estrictos para llevar a cabo dicha diferenciación. La opinión mayoritaria de los expertos consultados, sin embargo, señala la conveniencia de continuar avanzando en este camino, generalizando buenas prácticas, que pueden llegar a la fijación de espacios específicos para determinados colectivos de pacientes.

4.2.1 Menores de edad

La Carta Europea de los Niños Hospitalizados prevé expresamente el derecho del menor «a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital» sin que su ejercicio deba

«perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al menor».⁶⁴

Los expertos consultados pusieron de manifiesto los importantes beneficios que se derivan de dicho acompañamiento, el cual aparece incluso indicado cuando se hacen precisos tratamientos invasivos o pruebas dolorosas, a pesar de que a veces puedan existir reticencias de algunos profesionales sanitarios en estos supuestos.⁶⁵ No obstante, se constata el efecto positivo de la presencia familiar para disminuir el estrés de los menores y favorecer la eficacia de las terapias.

La concienciación de los profesionales al respecto se puso de manifiesto en las tres jornadas preparatorias de este estudio, lo que no evita que en algunos casos se presenten dificultades relacionadas con déficits en las infraestructuras. No son, sin embargo, los servicios de urgencias hospitalarios, sino las unidades de cuidados intensivos pediátricos las que presentan mayores limitaciones para la efectividad de este acompañamiento, por sus horarios de acceso más restringidos y otras dificultades añadidas.

El medio físico de los hospitales también incide en cuanto a la disponibilidad de espacios específicos y separados de los correspondientes a los adultos.⁶⁶ Los expertos consultados pusieron de manifiesto las diferencias existentes en este aspecto en función del nivel de hospital.

Hay hospitales que pueden disponer de un edificio exclusivo para la hospitalización de los menores, con un servicio de urgencias singularizado o, en todo caso, con acceso propio y circuitos prácticamente independientes; y los que lógicamente, en la medida en que están llamados a atender a un volumen de población muy inferior, y contabilizan menos urgencias pediátricas (p. ej., hospitales comarcales), no pueden contar con medios para satisfacer esta aspiración. La atención diferenciada se plantea en todo caso como un objetivo que al menos debería materializarse en la habilitación de áreas específicas para menores en las salas de espera de los servicios de urgencias de todos los centros hospitalarios.

La exigencia de cualificación específica para los profesionales sanitarios que asisten a los menores en los servicios de urgencias también se deriva de la singularidad de este colectivo. Los profesionales participantes en la jornada preparatoria de este

⁶⁴ Resolución A2-25/86 del Parlamento Europeo (*Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 13 de mayo de 1986).

⁶⁵ La referida Carta Europea también reconoce el derecho del menor de contactar con sus padres o la persona que los sustituya en momentos de tensión.

⁶⁶ Sobre esta cuestión debe tenerse en cuenta el documento de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), *Normas y estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricas y centros de instrucción en medicina de urgencias pediátricas*. Consultarse en: <<http://www.seup.org/gt/gtcalidad.html>>.

estudio mostraron un interés unánime en reclamarla; aunque no la identificaron necesariamente con la especialidad de pediatría, sí la tradujeron en reclamar una experiencia y capacitación adecuadas en los médicos de urgencia.

4.2.2 Mayores con déficit cognitivo

Constatada la tendencia sociodemográfica hacia el envejecimiento de la población, los estudios epidemiológicos muestran la elevada incidencia actual de las enfermedades neurodegenerativas y, significativamente, de la enfermedad de Alzheimer.⁶⁷

Las alteraciones en la memoria, las limitaciones para llevar a cabo actividades de la vida diaria, la desorientación y los trastornos de conducta (agitación, agresividad, etc.) dificultan el trato de estos pacientes en el entorno sanitario.

Para los expertos consultados este colectivo presenta necesidades de acompañamiento en los servicios de urgencias hospitalarios similares a las de los menores de edad, pues en función del estadio de la enfermedad la comunicación puede resultar complicada o incluso inviable, por lo que es necesaria imponer la presencia de un interlocutor. También se reclama mayor formación de los profesionales sobre estas enfermedades, así como su entrenamiento en habilidades para su acogida y tratamiento.

Se trata de evitar que las personas mayores puedan llegar a ser víctimas del intervencionismo y el alto nivel resolutivo de estos dispositivos asistenciales, y que el manejo sintomático de los procesos que les afectan conduzca al sobretreatmento. La situación que motiva la demanda de atención urgente puede justificar la adopción de determinadas medidas (administración de neurolépticos, implantación de sonda nasogástrica, etc.), pero si no se realiza un seguimiento atento más allá de la actuación en urgencias, puede incurrirse en una polimedicación innecesaria. Estos riesgos aconsejan, una vez más, la mejora de los mecanismos de coordinación entre los servicios de urgencias hospitalarios y los demás niveles asistenciales para que este tipo de situaciones puedan corregirse. Esta coordinación ha de incluir a los centros en los que muchos de estos pacientes residen y que a menudo cuentan con sus propios profesionales sanitarios.

⁶⁷ En el año 2007 la publicación *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer* (IMSERSO, Colección Documentos núm. 21011, p. 19) cifraba en 400.000 los pacientes por esta enfermedad. Desde una perspectiva más sociofamiliar, Aulestia Urrutia, K., de CEAFA, cifraba en un 1,5 millones de personas que sufrían el impacto directo de la misma. («El Alzheimer en España», *enlace en Red*, núm. 25, diciembre 2013, pp. 24 y ss.).

4.2.3 Las personas con enfermedad mental

La intervención ante cuadros agudos e ingresos involuntarios urgentes de las personas afectadas por enfermedad mental ponen a prueba la respuesta asistencial de los servicios hospitalarios de urgencia. La complejidad que plantea el abordaje de este tipo de situaciones, en las que pueden verse implicados múltiples agentes (familiares, dispositivos de emergencias y de atención a la salud mental, fuerzas de seguridad o instancias judiciales, etc.) puede poner en riesgo el respeto de los derechos de estos pacientes.⁶⁸

El acompañamiento o el traslado de los mismos por parte de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, con los medios de los que se valen en ocasiones (sirenas, uniformes, esposas, lazos de seguridad...), incide en su estigmatización y perjudica su estado. Para ayudar a solventar las dificultades que se pueden plantear durante el proceso asistencial o al llevar a cabo el ingreso hospitalario, las asociaciones que atienden a este sector reclaman que el acompañamiento por los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad se sustituya, al menos una vez que el enfermo accede al recinto del hospital, por personas especialmente formadas en la atención de la enfermedad mental, entrenadas en habilidades de negociación y contención, que faciliten la comunicación con el paciente, y en caso de que esta no sea posible, con su médico de referencia.

Esta figura de apoyo también estaría llamada a evitar, o al menos disminuir sustancialmente, la utilización de medidas de sujeción mecánica, cuya prolongación injustificada se denuncia igualmente.

Con todo, la formación de los profesionales en el conocimiento de la enfermedad mental y la atención a quienes la padecen, también favorecería su asistencia en los servicios de urgencias cuando acuden por causas ajenas a las relacionadas con esta afección, impidiendo diagnósticos apriorísticos exclusivamente basados en su enfermedad mental, que pudieran soslayar otros problemas de salud.

4.2.4 Las personas con discapacidad

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad configura la accesibilidad como uno de sus principios inspiradores, de aplicación entre otros ámbitos a los servicios médicos, y reconoce el derecho de este colectivo a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por esta

⁶⁸ El artículo 9.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 reconoce el derecho a la libertad y la seguridad personales, con la consiguiente garantía de legalidad en su restricción, cuyo alcance ha sido interpretado por resolución del Comité de Derechos Humanos de la ONU, declarándolo aplicable a todas las formas de privación de libertad, incluidas las que traen causas de enfermedades mentales.

circunstancia.⁶⁹ El Comité de seguimiento de esta Convención, en sus observaciones finales al primer informe presentado por España, después de reconocer los avances normativos y las medidas positivas adoptadas, entre otros, en el sector de la salud, hace especial referencia a los objetivos de accesibilidad universal que consagra la anterior Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, integrada ahora en el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.⁷⁰

Los representantes de las personas con discapacidad que han colaborado en los trabajos previos de este estudio han apelado a este marco normativo en el momento de indicar los problemas que aún siguen obstaculizando la accesibilidad de este colectivo en los servicios hospitalarios de urgencia.

Algunos de estos problemas se producen por la falta de medios para solventar las limitaciones que para la comunicación pueden presentar estos pacientes, significativamente, aunque no exclusivamente, los afectados por discapacidades de naturaleza sensorial.

En concreto, la intervención de intérpretes de lengua de signos para favorecer el entendimiento con las personas sordas se resuelve normalmente con la suscripción de convenios con entidades del movimiento asociativo, aunque no alcanza a garantizar la disponibilidad de aquellos en poblaciones más pequeñas o en el entorno rural.

También es habitual que las entidades representantes de personas con discapacidad señalen la insuficiente incorporación de señales e indicaciones en lenguaje braille o la falta de adaptación de mobiliario y espacios en los servicios hospitalarios de nuevos centros, limitando en este punto la autonomía de las personas con discapacidad visual e manteniendo, por lo tanto, la necesidad de acompañamiento. Las carencias de este tipo en los nuevos hospitales son menos justificables en atención a la normativa vigente sobre accesibilidad.

La consulta con los expertos ha evidenciado una demanda tendente a potenciar la comunicación con la persona con discapacidad, aun partiendo de las dificultades que pueda entrañar la misma, como medida de empoderamiento del paciente y de fomento de su autonomía de la voluntad.

La falta de material adaptado o de medios de apoyo es un condicionante añadido, sobre todo para los pacientes que presentan graves problemas de movilidad.

⁶⁹ Se adoptó por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y forma parte del ordenamiento jurídico español desde el 3 de mayo de 2008.

⁷⁰ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, sexto período de sesiones, 19 a 23 de septiembre de 2011, *Observaciones finales al informe inicial de España* (CRPD/C/ESP/CO/1).

4.2.5 Los enfermos con padecimientos crónicos

El impacto de la atención a este colectivo en el trabajo de los servicios hospitalarios de urgencia ya se ha puesto de manifiesto a lo largo de este estudio. La garantía de la continuidad asistencial en relación con este colectivo ha motivado iniciativas del Sistema Nacional de Salud para mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, con el objeto de evitar el tránsito indeseado de estos enfermos fuera de su entorno domiciliario, más allá de los casos en los que resulte absolutamente necesario.

La *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* suficientemente expresiva de las dificultades que afrontan «las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico», sobre todo cuando presentan «pluripatología, comorbilidad, o situaciones de especial complejidad», por la falta de adecuación para la atención a sus necesidades por parte de una organización que potencia el aspecto curativo de los procesos agudos, sobre los aspectos preventivos y la perspectiva de cuidados.⁷¹

Todos los sectores consultados para la elaboración de este estudio han coincidido en señalar que la presencia de este tipo de enfermos en los servicios de urgencias de los hospitales resulta muchas veces innecesaria, cuando no perjudicial, ya que los procesos que les afectan podrían solucionarse en otros niveles asistenciales más próximos y accesibles. La falta de un soporte adecuado en atención primaria está en el origen de muchas visitas a los servicios de urgencias que admitirían otros procedimientos de canalización.

La identificación previa de este tipo de pacientes y la evaluación de su nivel de necesidad, permite llevar a cabo un abordaje muy diferente de su situación, en el que cobran protagonismo los equipos multidisciplinares, la atención en el domicilio y la mejor coordinación entre los diferentes agentes sanitarios y sociales.

4.3 ATENCIÓN A PERSONAS CON INDICIOS DE RIESGO O CONFLICTO

4.3.1 Detección de situaciones de maltrato

Los servicios de urgencias de los hospitales se configuran como observatorios privilegiados para la detección de situaciones de riesgo o maltrato que pueden afectar a diferentes colectivos de personas.

La asistencia que se presta en los mismos puede permitir la apreciación de indicios o incluso de pruebas de estas situaciones, ante las cuales es preciso arbitrar la respuesta oportuna, tratando de garantizar el estado de salud de quienes se vean afectados por aquellas, y activar al mismo tiempo los mecanismos de cooperación entre los organismos

⁷¹ Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012.

llamados a intervenir en estos casos sin obviar, cuando sea preciso, el recurso directo a las instancias judiciales.

Por lo que se refiere al maltrato la tipología es muy diversa, así como el perfil de quienes lo sufren, aunque a estos efectos el debate se centra en los menores de edad, los mayores y las mujeres víctimas de violencia de género.

Los participantes en las jornadas preparatorias de este estudio han puesto de manifiesto la existencia generalizada de protocolos y herramientas dirigidos a la detección y notificación temprana de las situaciones de riesgo por malos tratos o violencia de género.

Los documentos elaborados contienen definiciones, guías de valoración y recomendaciones diversas, y diseñan el modus operandi de la intervención de cada uno de los agentes con responsabilidad en el proceso, con especial referencia al ámbito de la actuación sanitaria, e incluso detalle de las específicamente correspondientes a los servicios de urgencias.⁷²

Los profesionales que concurren a la segunda jornada preparatoria del presente estudio pusieron de relieve la complejidad que entraña su detección, por las características de la asistencia que se dispensa en estos dispositivos, así como la actuación y la comunicación de los resultados de aquella en un entorno en el que puede estar presente el maltratador, ya que, en ocasiones, puede interesarse por la víctima o incluso acompañarla.

Se planteó también la necesidad de comunicar lo actuado en urgencias al nivel de atención primaria, con el objeto de que prosiga la investigación de las sospechas o garantice la continuidad de los cuidados.

La intervención de las unidades de trabajo social resulta imprescindible para coordinar las actuaciones, comenzando por los propios profesionales del hospital, aunque a este respecto se suscitan problemas por la falta de concordancia de la jornada de aquéllos con el sistema de atención ininterrumpida que conlleva el funcionamiento de los servicios hospitalarios de urgencia.

El protagonismo de los profesionales sanitarios a la hora de detectar y tratar las situaciones de riesgo y maltrato evidencia, una vez más, su necesidad de formación,

⁷² En el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), se advierte de que las lesiones y síntomas de las pacientes que acuden a los servicios de urgencia presentan frecuentemente mayor gravedad, y tras determinar la necesidad de mantener una actitud de alerta ante los signos y síntomas que pudieran evidenciar malos tratos, establece los principios de la actuación asistencial, valoración de la seguridad, información y derivación institucional, así como la actuación legal (pp. 63 y ss.).

hasta el punto de que la inclusión de estos contenidos en los planes de formación continuada es una constante recogida en los protocolos de intervención.⁷³

La gravedad de la situación también puede exigir que se otorgue un trato singularizado a los demandantes de asistencia que priorice su atención,⁷⁴ o que se les ubique en espacios separados en la medida de lo posible, para tratar de evitar a las víctimas (sobre todo en los casos de agresiones sexuales) el agravio que puede suponer su visualización por otros pacientes u ocupantes de las salas de espera y otros destinos del circuito asistencial.

4.3.2 Situaciones de riesgo social

La probabilidad de que los servicios de urgencias hospitalarios constituyan el nivel asistencial en el que por primera vez se pongan de manifiesto evidencias de riesgo social para algunas personas llevó a los expertos consultados a llamar la atención sobre la conveniencia de introducir un sistema de alertas o «casos centinela», dirigidos al nivel de atención primaria y a los servicios sociales, con el objeto de provocar su reacción y propiciar la continuidad de la asistencia y de las actuaciones investigadoras.

De la situación de riesgo social pueden participar muchos colectivos, cuyas peculiaridades se vienen comentando en este capítulo, pero la realidad de las personas sin hogar resulta paradigmática a estos efectos, pues a la ausencia de lazos familiares y de conexiones sociales o laborales se une la especial predisposición hacia la enfermedad que se deriva de los condicionamientos propios de su régimen de vida.

Los expertos consultados para la realización de este estudio advirtieron de un incremento de la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios por parte de este colectivo, cuya intención en algunos casos no va más allá de la búsqueda de un techo.

Esta situación, sin embargo, entraña un riesgo importante desde la perspectiva asistencial: centrarse en la problemática social y que esta prevalezca sobre la dimensión sanitaria, hasta el punto de obviar los problemas de salud que motivan la comparecencia en el servicio de urgencias, los cuales pueden quedar relegados con consecuencias severas.

⁷³ Para el correcto ejercicio de las funciones de detección y diagnóstico que corresponden a los servicios de salud, el *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar* (Observatorio de la Infancia, junio de 2014), establece: «Las Administraciones Públicas deberán desarrollar programas de sensibilización y formación continua del personal sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la asistencia a los niños y adolescentes maltratados» (p. 22).

⁷⁴ Los niños y adolescentes víctimas de maltrato deberán recibir atención sanitaria prioritaria y urgente, según lo que se requiera en cada caso (apartado 6.2.2.3 del *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar*).

La opinión de los expertos indica un menor nivel de protocolización en este ámbito. No obstante, a la vista de las circunstancias, estos protocolos son necesarios y deben cumplir una doble función. Por un lado han de contener el diseño de la asistencia debida a estos pacientes en los servicios hospitalarios de urgencia, de manera que las circunstancias sociales, por el riesgo añadido que pueden entrañar para el desarrollo de determinadas enfermedades, se conviertan en un elemento legitimador de una atención más exhaustiva. En segundo lugar, los protocolos han de describir también los mecanismos para asegurar la atención del paciente tras el alta, teniendo especialmente en cuenta que normalmente carece de un entorno que facilite el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

La intervención en estos casos normalmente pivota sobre la actuación de los trabajadores sociales del hospital, y la coordinación que promueven con el nivel de atención primaria y con los servicios sociales comunitarios, cobrando relevancia a estos efectos el mapa de recursos sociales a los que los afectados pudieran ser derivados.

El problema surge ante la inidoneidad del ámbito hospitalario para servir como residencia alternativa en la que afianzar la continuidad asistencial, y por la falta de espacios sociosanitarios a los que estas personas pudieran acceder temporalmente, en tanto se resuelve la enfermedad y mientras se analiza su situación con idea de alcanzar otra solución más duradera. Esta situación requiere de una coordinación especialmente intensa que asegure la vinculación entre el alta hospitalaria y la asignación de un recurso adecuado.

4.4 PERSONAS EN CUSTODIA

La atención sanitaria de urgencia a personas que se encuentran en situación de custodia a cargo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad también plantea singularidades dignas de tener en cuenta.

Tradicionalmente se considera a estas personas afectadas por una relación de sujeción especial en la que la mayor intensidad del sometimiento respecto de la Administración, en relación con el resto de la ciudadanía, se traduce en una modulación de sus derechos fundamentales, que pueden ser objeto de mayores restricciones.

La comparecencia de estas personas como pacientes en los servicios de urgencias puede alterar el normal funcionamiento de los mismos. Su sola presencia, y los condicionantes que impone el continuado acompañamiento policial, que se prolonga a veces durante períodos más o menos largos en salas de espera o áreas de observación, produce cierta disfunción y puede tensionar tanto a los profesionales, como al resto de los pacientes. Por otra parte, desde la perspectiva del custodiado, esa cohabitación expone su condición de tal y, con ello, afecta a su derecho a la intimidad.

Con vistas a evitar perturbaciones de esta naturaleza, quienes tomaron parte en los trabajos previos a este estudio, se manifestaron a favor de contar con zonas separadas habilitadas al efecto en estos dispositivos asistenciales.

En función de la disponibilidad y las circunstancias del paciente (potencial peligrosidad), el criterio médico y el grado de colaboración de los agentes policiales, caben opciones diversas que incluyen la posibilidad de priorizar la atención de estas personas, el ejercicio de la custodia en la puerta de la consulta (permaneciendo esta entornada, o utilizando habitáculos con una única puerta de salida); o bien la presencia directa de los agentes custodios dentro del mismo espacio en el que se está dispensando la atención, con o sin aplicación de medidas de seguridad añadidas.

El destino del informe de alta que se emite al concluir la actividad asistencial en los servicios de urgencias hospitalarios también se constituye en punto de fricción para los derechos de este colectivo de pacientes, en el que la heterogeneidad de prácticas es, una vez más, la norma. En las jornadas preparatorias de este estudio se evidenció que este aspecto está escasamente uniformado y que demanda igualmente la elaboración de protocolos para orientar la actividad de los profesionales.

En ocasiones dicho informe se entrega directamente al paciente, mientras que otras veces se le da al personal policial que lleva a cabo la custodia, pudiendo figurar entonces en sobre abierto o cerrado.⁷⁵

Más allá del derecho a la intimidad del paciente este dato se muestra sumamente relevante cuando la atención sanitaria de urgencia no trae causa de una enfermedad común, sino en lesiones eventualmente derivadas de maltrato. La lógica aconseja que no se entregue a quienes están ejerciendo la custodia el documento que puede contener una prueba incriminatoria de una mala praxis policial, a lo que se añade la necesidad de enviar el correspondiente parte de lesiones a la autoridad judicial.

⁷⁵ La Agencia Vasca de Protección de Datos se pronunció, en Dictamen de 2 de febrero de 2011 (CN10-029), sobre la cesión de datos personales por parte de centros sanitarios a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad ante un requerimiento de los mismos.

5 LA CALIDAD COMO EXIGENCIA Y GARANTÍA DEL SERVICIO

La introducción de mecanismos, herramientas y procedimientos que promueven la calidad en la prestación de los servicios es hoy una constante de las organizaciones. Los servicios sanitarios, en general, y los servicios de urgencias, en particular, no quedan al margen de esta tendencia.

Son múltiples las definiciones de calidad aplicadas al campo sanitario. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, «la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso».⁷⁶

La legislación sanitaria española procura políticas de garantía y mejora de la calidad de los servicios de salud. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dispone en el artículo 69, que «la evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del SNS», que «la Administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de calidad asistencial oídas las sociedades científicas sanitarias», y que «los médicos y demás profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo».⁷⁷

Así pues, la integración de las políticas de calidad en el ámbito sanitario y, en concreto, en el de las urgencias hospitalarias, es, por un lado, una exigencia legal, y, por otro, una garantía del adecuado funcionamiento del servicio.

5.1 CALIDAD Y PRÁCTICA PROFESIONAL

5.1.1 *Práctica profesional*

De acuerdo con la jurisprudencia constante del Tribunal Supremo, al hilo del análisis de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, «no resulta suficiente la

⁷⁶ *The principles of quality assurance*, Copenhagen, Euro Reports and Studies Series 94, 1985.

⁷⁷ El objetivo de poner a disposición de los ciudadanos un servicio sanitario de calidad vertebró la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En ella se prevé asimismo la elaboración periódica de planes de calidad, el fomento de la auditoría externa periódica de los centros y servicios sanitarios, en garantía de su seguridad y de la calidad de dichos servicios, y el análisis permanente del sistema, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, de la provisión de servicios, de la gestión sanitaria y de los resultados.

existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* (práctica médica aplicable a partir de los conocimientos científicos y técnicos que hoy se tienen) como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente». ⁷⁸

Los parámetros para valorar la práctica profesional y, en definitiva, la adecuación del servicio prestado en el ámbito de las urgencias hospitalarias, son múltiples y de diversa naturaleza: el establecimiento y aplicación de guías clínicas en los procesos, así como su aval por las comisiones clínicas correspondientes; la realización de pruebas diagnósticas suficientes; la prestación de una atención de calidad a pacientes en espera de hospitalización; la detección de efectos adversos y la reacción ante los mismos; los tiempos de espera desde el acceso a los servicios de urgencias hasta el alta; la adecuada coordinación con otros niveles en los casos de peticiones de interconsulta con especialidades médicas; la garantía de la continuidad asistencial en los casos de derivación de pacientes; la posibilidad de acceder a la información clínica de procesos atendidos en los servicios de atención primaria y de otras especialidades, etcétera.

Aunque unos y otros aspectos guardan íntima conexión, procede, a efectos sistemáticos, relacionar a continuación una serie de elementos de la práctica profesional de particular relevancia en el ámbito de las urgencias, así como las principales reflexiones extraídas de las opiniones de pacientes, profesionales o gestores en torno a ellos, manifestadas en las jornadas que precedieron a este estudio.

Si bien en la mayoría de los hospitales, con los medios de que disponen, buena parte de los pacientes podría obtener un diagnóstico, la práctica de los servicios de urgencias es esencialmente no finalista, en el sentido de que se tiende a evaluar los riesgos y a tratar de resolver las manifestaciones o síntomas del problema de salud que se padece, y no tanto a su diagnóstico preciso, lo que corresponde a otros niveles asistenciales.

Este enfoque de la asistencia sanitaria de urgencias puede contraponerse, como ya se ha señalado, con las expectativas de los pacientes que, en no pocas ocasiones, acuden a estos servicios en la confianza de que serán atendidos en un breve espacio de tiempo y, además, obtendrán un diagnóstico preciso y, de ser el caso, la prescripción de un tratamiento. Esta expectativa, aunque pueda ser errónea, viene alimentada también, en ocasiones, desde otros niveles asistenciales, por médicos de atención primaria o por facultativos especialistas, quienes, ante una situación de demora excesiva para las citaciones a consulta o para la práctica de pruebas diagnósticas, aconsejan que se acuda a los servicios de urgencias.

⁷⁸ Por todas, puede verse STS de 20 de julio de 2011, Sala 3ª, Sección IV, fundamento jurídico segundo.

En relación con esta orientación de los servicios de urgencias y con la frustración de expectativas que puede generar, se ha indicado que la vía más adecuada pasa por un mayor empoderamiento y formación del paciente, que le lleve a discriminar mejor sobre la necesidad o conveniencia de acudir a los servicios de urgencias, en función del padecimiento que se tenga. En esta tarea, no obstante, es decisivo también el papel de los profesionales del sistema sanitario, pues si bien un elevado porcentaje de pacientes acude a los servicios por propia iniciativa, como se ha apuntado, una parte también significativa lo hace a instancia de aquellos. A este respecto, se ha insistido que no cabe convertir a los servicios de urgencias en una «válvula de escape» de los problemas que padece el sistema sanitario en su conjunto, no cabe generar alrededor de dichos servicios una cultura de la «obtención de todo de manera inmediata», pues, como es lógico, ello acaba generando frustración en los pacientes y, sobre todo, redundando negativamente en la calidad de la atención prestada a la ciudadanía.

A propósito de este enfoque de la asistencia sanitaria de urgencias, y en relación con determinados colectivos de pacientes vulnerables, concretamente el de personas mayores con déficit cognitivo, se ha puesto de manifiesto que, en ocasiones, se abusa del tratamiento de la sintomatología, sin profundizarse en el análisis de las causas que la generan, y que ello puede provocar la demanda reiterada de los servicios (hiperfrecuentación). Este modo de actuar, especialmente en el colectivo mencionado, provoca en ocasiones efectos negativos, de sobrediagnóstico y de polimedicación, que, además, pueden prolongarse excesivamente en el tiempo, pues no existe un control y una revisión posteriores o adecuadas de la prescripción de los servicios de urgencias. No se trata de un problema exclusivo de los servicios de urgencias, sino del sistema de atención a estas personas considerado en su conjunto, pero ha de ser tenido en cuenta también por los profesionales de los servicios de urgencias.

Una coordinación más fluida entre los distintos niveles asistenciales, además de imprescindible para optimizar el funcionamiento del sistema sanitario, podría contribuir a minimizar los efectos disfuncionales antes aludidos. Este problema se aprecia, con mayor intensidad si cabe, en los casos en que la atención especializada se presta mediante servicios concertados (como ejemplo, cabe citar las redes de centros ambulatorios de atención a drogodependientes), lo que se traduce en dificultades para los profesionales de urgencias a la hora de conocer las valoraciones hechas en el ámbito de dicha atención especializada, y a la hora de adoptar decisiones sobre los tratamientos eventualmente prescritos.

Además de este aspecto referente al acceso a la información clínica relevante, que ya se abordado en otra parte de este estudio, resultaría necesario profundizar en técnicas de coordinación *sensu stricto*, incrementando el contacto entre los dispositivos y profesionales de urgencias, de emergencias, de atención primaria, incluidos los puntos de atención continuada, y de atención especializada. En este sentido, con diversas fórmulas, podrían propiciarse encuentros periódicos entre profesionales de tales ámbitos, con el fin

de establecer criterios que permitan organizar del mejor modo las derivaciones a los servicios de urgencias o la atención que provenga de estos.

De acuerdo con el criterio manifestado por los participantes en las jornadas preparatorias del presente estudio, por norma general, es el criterio médico lo que determina la realización de pruebas diagnósticas en los servicios de urgencias, sin que se aprecien limitaciones u órdenes derivadas de otras instancias y que no estén fundadas en criterios clínicos. En el contexto actual de crisis económica la falta de práctica de pruebas en determinadas ocasiones es vista por algunos pacientes como una restricción o recorte encubierto, al margen pues de consideraciones o valoraciones profesionales, si bien dicha percepción no ha podido ser objetivada en el proceso de preparación de este estudio.

No obstante lo anterior, se aludieron a algunas experiencias que indicarían restricciones o deficiencias relacionadas con la práctica de determinadas pruebas diagnósticas por falta de disponibilidad temporal de los equipos correspondientes.

5.1.2 La calidad y la acreditación de los servicios de urgencias

El concepto de calidad constituye un factor estratégico para la optimización de los sistemas sanitarios.⁷⁹ El análisis de la calidad en este ámbito requiere de un enfoque colaborativo, dado que el término reviste significados distintos para los pacientes, profesionales y gestores. Paulatinamente se están introduciendo, de forma progresiva, sistemas formales de gestión de calidad, como son la certificación según las Normas ISO-9000, el sistema de acreditación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) y el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM).

La calidad en la asistencia sanitaria se vincula a una práctica clínica esencialmente basada en pruebas, validadas con arreglo al último conocimiento científico disponible, cimentadas en la evidencia, que minimice los riesgos, persiga la mayor eficiencia y logre concitar un grado adecuado de satisfacción entre todos los actores del proceso. En ese marco la gestión por procesos se ha señalado como un método especialmente idóneo encaminado a lograr la calidad total en el proceso asistencial.

En el ámbito de los servicios de urgencias, es habitual que existan manuales o guías de calidad, que integran también aspectos de seguridad o protocolos de riesgos, correctamente elaborados pero que no suelen llevarse a la práctica adecuadamente. Ello se explica, en parte, por el hecho de que la Administración sanitaria, hablando en términos generales, no presta el suficiente interés a este aspecto de la gestión de la calidad, sino que estas medidas son más bien promovidas por los propios servicios de urgencias. En todo caso, parece conveniente incidir en la necesidad de potenciar el uso

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

de indicadores de calidad en la prestación del servicio, debiendo implicarse en la tarea, especialmente, quienes tengan funciones directivas en los citados servicios de urgencias.

Con base en esas guías y manuales de calidad, los servicios hospitalarios de urgencias disponen de protocolos de asistencia, bien directamente elaborados por ellos, bien importados de otros centros. No obstante esta generalización en la implantación, más variable y dificultosa resulta su utilización efectiva. A este respecto, determinadas aportaciones de las jornadas preparatorias del presente estudio refieren una baja adherencia a los protocolos por parte de los profesionales sanitarios, fundamentalmente porque quedan obsoletos rápidamente, al avanzar el conocimiento y no adaptarse tales protocolos de manera constante. También se alude a la dificultad de dar cumplimiento a sus previsiones, a pesar del tiempo y esfuerzo que se invierte en realizarlos y en llegar a acuerdos, a tal fin, con los servicios de atención primaria y especializada.

La acreditación de centros y servicios sanitarios se viene imponiendo como el método de garantía de calidad de más amplia aceptación científica, que se ha definido «como un proceso por el que una organización se somete de forma voluntaria a un sistema de verificación externa que evalúa y mide el nivel en que se sitúa con relación a un conjunto de estándares, previamente establecidos, consensuados con los expertos y adaptados al territorio».⁸⁰

La acreditación de los servicios de urgencias es, por tanto, un mecanismo útil para asegurar un estándar de calidad adecuado. Además del resultado final de acreditación, el propio proceso tendente a la misma constituye una buena oportunidad para diagnosticar el estado de los servicios de urgencias, detectar deficiencias y plantear medidas de solución y reformas de diversa naturaleza, de funcionamiento, estructurales, de diseño funcional, etcétera.

En la actualidad, son todavía minoría los SUH acreditados, lo que denota que, si bien el proceso de acreditación es ya una realidad en España, se trata de un camino en el que ha de avanzarse. A este respecto, cabe preguntarse sobre lo conveniente de que la legislación introduzca la acreditación obligatoria de los servicios, dando un plazo razonable a tal fin, o, cuando menos, de que se establezcan incentivos o medidas de fomento de la citada acreditación de calidad.

En estos procesos sería importante incorporar de manera general la participación de los pacientes y de las entidades en las que se articulan. Desde la reclamada humanización de la práctica asistencial, resulta apropiado incorporar la percepción del paciente y las valoraciones que realiza por medio de reclamaciones o sugerencias como elementos relevantes en la fijación de estándares. Dicha participación se muestra especialmente interesante en los procesos de seguimiento y renovación de la

⁸⁰ *Unidad de urgencias hospitalaria*, op. cit., p.14.

acreditación de calidad, tanto a través de sistemas institucionales, como los órganos de participación, como por la activación de grupos de discusión con pacientes.

5.2 EVALUACIÓN DE LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

El establecimiento de un sistema de reclamaciones y sugerencias es pauta común en la gestión de los servicios públicos como herramienta orientada a garantizar la calidad de tales servicios, así como la participación de los ciudadanos en la configuración de los mismos.

El artículo 10.12 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, reconoce el derecho de todos a utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias, y, correlativamente, contempla el deber de las administraciones sanitarias de dar una respuesta por escrito en los plazos reglamentariamente establecidos. Con similar objeto, el artículo 12.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece el deber de facilitar a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre las sugerencias y reclamaciones, y dispone que cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el cumplimiento de tal previsión. También la legislación sanitaria autonómica se ocupa de regular el sistema de reclamaciones y sugerencias, previendo los procedimientos para su implementación.

En un sistema como el sanitario, caracterizado por la participación del usuario en todos los órdenes de la actividad sanitario-asistencial, cobra especial importancia una eficaz recepción, tramitación y contestación de todas las iniciativas, sugerencias y quejas que los usuarios o pacientes formulen dirigidas a propiciar mejoras en el funcionamiento de los servicios sanitarios o a poner de manifiesto deficiencias con el objeto de su subsanación.⁸¹ Ello exige de los centros y servicios sanitarios una posición activa, en el sentido de facilitar a los usuarios impresos normalizados en los que se solicite su opinión sobre el sistema o los servicios que utiliza, o para formular reclamaciones, quejas o sugerencias, y, desde luego, de contestar siempre y expresamente las mismas.

Una adecuada gestión y resolución de las reclamaciones y sugerencias que presentan los ciudadanos en los centros hospitalarios tras acudir a los servicios de urgencias constituye un instrumento excepcional y muy valioso para la evaluación de la calidad asistencial, incluso más próximo y eficaz que otras herramientas, así como una oportunidad para propiciar un mecanismo de participación de los ciudadanos en el servicio público. Las citadas reclamaciones y sugerencias, si son correctamente tomadas en consideración y, en su caso, atendidas, permiten detectar deficiencias y ámbitos

⁸¹ Beltrán Aguirre, J. L., *Derecho Sanitario de Navarra*, Pamplona, Gobierno de Navarra, Colección Pro Libertate, 2005, p. 514.

susceptibles de mejora, así como introducir las correspondientes medidas correctoras o modificaciones en el funcionamiento de los servicios.

Sin embargo, esta potencialidad puede verse frustrada por una gestión defectuosa de las reclamaciones y sugerencias, por motivos diversos, tales como no compartir su contenido con los profesionales conocedores de los asuntos que se suscitan; adoptar una actitud reticente o defensiva ante las reclamaciones formuladas, viéndolas más como un peligro que como una oportunidad; utilizar en exceso formularios o modelos de respuesta estandarizados, que denotan una falta de análisis individualizado y pormenorizado de los asuntos planteados; no contestar a los ciudadanos que formulan las reclamaciones o sugerencias, o hacerlo de forma tardía; no comunicar a los profesionales intervinientes las decisiones adoptadas y, en su caso, las medidas correctoras introducidas.

5.2.1 Funcionamiento del sistema de reclamaciones y sugerencias. Visión de los agentes implicados

Existe generalizado consenso en que debe fomentarse la cultura de la reclamación y de la participación. Las quejas y reclamaciones no deben verse como una amenaza, sino principalmente, como una herramienta que ofrece una oportunidad de mejora del servicio. Es importante que los pacientes presenten sus reclamaciones para contribuir a mejorar el sistema y, asimismo, que en la gestión de tales reclamaciones intervengan los servicios o profesionales implicados.

Sin embargo, esta cultura dista de estar todavía suficientemente interiorizada por el conjunto de los operadores del Sistema Nacional de Salud. Según los propios profesionales, las reclamaciones son menos de las que correspondería, y, según los colectivos representantes de pacientes, aunque existan motivos para reclamar, en pocas ocasiones ello se plasma en reclamaciones escritas.

Según se apuntó en las jornadas preparatorias de este estudio, los pacientes tienen todavía un limitado conocimiento de su derecho a reclamar y perciben una excesiva burocratización en la tramitación y gestión de las reclamaciones sanitarias, así como una alta variabilidad en su clasificación. Al hilo de la mencionada burocratización, representantes de pacientes afirmaron que, en ocasiones, resulta dificultoso ejercer tal derecho a la reclamación, particularmente si se pretende hacerlo por vía electrónica e informalmente. El mecanismo implantado con carácter general es la entrega de reclamaciones escritas y registradas en los servicios de atención al paciente.

En la tramitación de las reclamaciones y sugerencias, se hace igualmente necesario garantizar una investigación y actuación ágiles. Por la naturaleza y efectos de estos mecanismos de participación, es imprescindible procurar la celeridad en la actuación de las administraciones sanitarias, de modo que los pacientes perciban que sus inquietudes son atendidas con prontitud y debidamente contestadas. Se hace necesario garantizar que la respuesta llegue a los reclamantes en el tiempo más breve posible y, en todo caso,

dentro de los plazos previstos en las normas que regulan los procedimientos de reclamaciones y sugerencias. A este respecto, se ha puesto de manifiesto la laxitud por lo general existente a la hora de hacer efectivo este principio de agilidad, indicándose que el grado de cumplimiento depende, casi exclusivamente, de la voluntariedad del encargado de la tramitación, pues no se aplican controles efectivos y consecuencias para el incumplimiento.

Se considera de importancia que, en la tramitación de las reclamaciones y sugerencias, intervengan los profesionales implicados. Son estos profesionales los que, en principio, tienen un conocimiento más específico de los hechos, por lo que han de tomar parte en la investigación y gestión de las reclamaciones, sin perjuicio de la intervención de otros profesionales o de los directivos responsables. En ocasiones, no sucede así, y las reclamaciones y sugerencias se tramitan en instancias ajenas, lo que puede dificultar el análisis y las posibilidades de mejora del servicio.

Los reclamantes han de recibir respuestas que reflejen la tarea de investigación realizada, quiénes han participado, cuáles son las conclusiones alcanzadas y, en su caso, las medidas a adoptar. Esta necesidad de participación del paciente en la gestión del servicio y la constatación de que una parte importante de las reclamaciones obedecen o se relacionan con problemas de comunicación, ha llevado a algunos hospitales a organizar periódicamente grupos focales, que reúnen a pacientes y familiares con profesionales y responsables de los servicios de urgencias, con el fin de que expresen sus inquietudes y los problemas detectados, así como de abordar posibles soluciones. En las experiencias llevadas a cabo, los profesionales y responsables de los servicios consultados apuntan que constituye una herramienta de sencilla aplicación, de muy escaso coste y de alta utilidad, pues permite obtener información directa sin intermediarios ni formalidades.

En algunos servicios de urgencias, en la gestión de aquellas reclamaciones que se aprecian fundadas y que, por tanto, ponen de manifiesto deficiencias padecidas por los pacientes, se les invita a acudir a una entrevista personal en la que el responsable del servicio de urgencias les ofrece las pertinentes explicaciones.

Las actuaciones señaladas en los dos párrafos anteriores constituyen buenas prácticas administrativas, que también contribuyen a mejorar el funcionamiento de los servicios y a mejorar el grado de confianza en los mismos, por lo que puede ser positivo que sean valoradas y, en su caso, implantadas por otros servicios.

Para los problemas surgidos con pacientes pertenecientes a colectivos vulnerables o respecto de cuestiones generales, sería bueno establecer reuniones periódicas de evaluación y seguimiento entre los responsables del servicio y los de las entidades de apoyo a estos colectivos.

Además de la gestión de reclamaciones y sugerencias propiamente dichas, y como indicador asociado de la calidad del servicio, resultan de utilidad las encuestas de

satisfacción a los pacientes, seleccionados aleatoriamente, pues permiten detectar la opinión de los usuarios desde una perspectiva más general.

5.2.2 Taxonomía de reclamaciones y sugerencias. Aspectos objeto de reclamación más frecuente

Las reclamaciones y sugerencias y su adecuada codificación por sectores de actividad permiten una fácil detección y evaluación de aquellos ámbitos y aspectos que, a criterio de los pacientes, exigen implantar medidas de mejora.

Con ocasión de visitas y actuaciones de oficio de Defensores del Pueblo a centros hospitalarios, se ha puesto de manifiesto que coexisten varias formas de codificación de las reclamaciones y sugerencias. Esta diversidad se da no ya sólo entre distintos servicios de salud o administraciones sanitarias, sino, incluso, entre hospitales dependientes de un mismo servicio.

Procede, por tanto, llamar la atención sobre la heterogeneidad en las clasificaciones utilizadas, pues, en cierto modo, dificulta un análisis sistemático y coordinado de las disfunciones apuntadas por los pacientes. Puede ser conveniente, en consecuencia, establecer unos criterios clasificatorios comunes de las reclamaciones o sugerencias por parte de las Administraciones sanitarias, a fin de permitir su examen compartido y comparado y, en definitiva, de facilitar el intercambio de experiencias y de propuestas de mejora.

En las actuaciones promovidas por los Defensores del Pueblo, se ha detectado que las reclamaciones de los pacientes relacionadas con los servicios hospitalarios de urgencias guardan conexión, básicamente, con los siguientes aspectos: tiempos de espera (clasificación o primera atención, pruebas diagnósticas, asignación u ocupación de camas, alta en urgencias); calidad percibida al alta; competencia profesional y conocimientos del personal; condiciones físico-estructurales: limpieza, confort, señalización, higiene; trato y atención de los profesionales; dotación de personal; cartera de servicios; y calidad de la información a los pacientes y acompañantes.

Los datos recabados en las jornadas preparatorias del presente estudio apuntan a que las reclamaciones y sugerencias referentes a los servicios de urgencias supondrían entre un 10% y un 15% de las recibidas en relación con el conjunto de los servicios sanitarios.

Existe coincidencia en las opiniones consultadas en cuanto a que los tiempos de espera o demora constituyen el principal motivo de reclamación: demoras en la atención inicial, en ser visto el paciente por el facultativo, en la realización de pruebas, o en el alta, una vez practicadas las mismas.

Como aspecto íntimamente ligado a estos tiempos de espera, los pacientes plantean inquietudes sobre la falta de información en tales situaciones de espera. Ello

sugiere que a los pacientes les preocupan no tanto —o no sólo— las esperas en sí, cuanto la incertidumbre que se padece en tales situaciones. Por ello, se ha puesto de manifiesto que una adecuada y puntual información sobre los tiempos de espera, sea en pantalla o de forma verbal (al realizar el triaje y al practicar las pruebas diagnósticas) puede contribuir de forma muy notoria a reducir las reclamaciones acerca de esta vertiente de la atención sanitaria (entre el 70% y el 80%, según se señaló en la jornada con gestores sanitarios) y, en definitiva, a mejorar la percepción del paciente sobre la calidad del servicio, así como a incrementar su grado de satisfacción. La información, en estas situaciones de espera en urgencias, hace que la demora se sobrelleve con mayor tranquilidad, lo que no es un elemento desdeñable en un servicio de estas características.

Otro motivo de reclamación frecuente es el referente a la asistencia médica recibida, sobre todo por la omisión de la práctica de pruebas complementarias en los casos en que el paciente ve precisa su indicación. Incide en ello, probablemente, lo señalado anteriormente respecto al objeto y finalidad de la atención de urgencias, y a la fricción que ello provoca en relación con las expectativas de los pacientes.

También son causa de reclamación relevante, aunque con menor frecuencia que las anteriores, las relacionadas con aspectos vinculados al derecho a la intimidad de los pacientes, particularmente en los casos de sobreocupación de los servicios de urgencias, o con las condiciones de confort durante la estancia en los SUH.

Finalmente, cabe señalar que se aprecia una cierta reticencia de los pacientes a expresar reclamaciones referentes a la actuación médica propiamente dicha, entendiéndose por ello las decisiones del personal facultativo. Incide en ello que dichas reclamaciones pueden requerir un cierto conocimiento técnico, pero también el temor hoy todavía apreciable de algunos pacientes a cuestionar a los facultativos, como manifestación de una suerte de respeto reverencial. Esta circunstancia conecta con lo ya dicho respecto a la carencia aún de una cultura asentada de la reclamación.

6 CONCLUSIONES

1. Aunque la estructura física de los servicios hospitalarios de urgencias ha cambiado en las últimas décadas, sigue presentando inadecuaciones. No parece haberse avanzado lo suficiente en incorporar estándares homologados de diseño y distribución de espacios, ni en dar valor a las propuestas de los profesionales de los propios servicios y de los representantes de los pacientes.
2. Ante la repetición de situaciones de saturación, se han establecido dependencias en las que permanecen los pacientes en espera de hospitalización, una vez completada la atención inicial en urgencias. Aun comprendiendo el objetivo de estas medidas —evitar la permanencia en pasillos y otros espacios— no deben considerarse un sistema eficaz, porque la permanencia en el SUH de pacientes con indicación de ingreso perturba la gestión del servicio y estos requieren de una atención especializada en planta de hospitalización.
3. Un uso generalizado y homologable de los métodos de triaje de pacientes permite una mejor planificación de las necesidades de los SUH para atender la gran demanda asistencial que reciben y, por tanto, ayuda en los objetivos de mejorar la calidad y el funcionamiento. Un manejo eficaz de estos sistemas permitiría implantar en determinados ámbitos territoriales medidas que aliviaran la carga asistencial en estos servicios, mediante la derivación sin visita médica de pacientes con cuadros más leves, coordinada con los recursos de urgencias extrahospitalarios del área sanitaria de influencia.
4. La implantación de la historia clínica electrónica y la compatibilidad entre las plataformas TIC de los diferentes Servicios de Salud constituye un requerimiento básico de eficacia y cohesión del SNS aún no completado, que afecta marcadamente a los servicios hospitalarios de urgencias. Los esfuerzos en esta materia que realizan las comunidades autónomas deben ir acompañados de herramientas eficaces de coordinación, cuyo impulso corresponde a la Administración General del Estado.
5. La rápida progresión de las herramientas TIC, y las oportunidades que ofrecen para la mejora de la equidad, la calidad y la seguridad en la atención sanitaria, pueden propiciar una mayor implicación de los pacientes en el proceso clínico y la disposición autónoma de sus antecedentes de salud, facilitando la accesibilidad de la documentación e información clínica por el conjunto del SNS. Estas herramientas permiten también superar algunos problemas detectados en los SUH para la adecuada atención a pacientes de colectivos vulnerables, singularmente personas con dificultades para expresar su estado de salud y los antecedentes relevantes.

6. La gestión de las urgencias es la gestión del tiempo, por lo que los cuadros de mandos deberían poder establecer los tiempos y fases de la atención al paciente (trazabilidad) mientras permanezca en el servicio de urgencias, como medida para procurar una atención más eficaz. Las aplicaciones informáticas implantadas en la mayoría de centros hospitalarios no tienen en cuenta los requerimientos específicos de la atención urgente, y son percibidas por el personal como una tarea añadida más que como un apoyo a su función. Las dificultades de manejo de algunas de estas aplicaciones pueden incrementar los riesgos para la actividad asistencial.
7. La presencia y suficiencia de profesionales adecuados debería estar garantizada en todas las franjas horarias. Los problemas de inadecuación se refieren principalmente a la excesiva dependencia de estas plantillas de la labor de los médicos internos residentes, que estarían supliendo en muchos momentos la insuficiencia de profesionales de las diversas plantillas implicadas.
8. Con carácter general, los médicos residentes asumen un grado excesivo de responsabilidad en la actividad asistencial de los SUH. Actualmente, los servicios de urgencias reciben en rotación, como parte del itinerario de formación, a los médicos residentes de las distintas especialidades, sin vinculación con el servicio, pero no forman a sus propios profesionales al no encontrarse reconocida la especialidad médica de urgencias y emergencias. Esto excluye la tutorización de los residentes por parte de los médicos expertos de urgencias y no facilita la imprescindible labor de supervisión asistencial.
9. Las condiciones de trabajo en los SUH, el nivel de exigencia característico de esta atención, así como situaciones de tensión asociadas o que pueden derivar en conflictos, hacen de estos servicios entornos de riesgo por estrés laboral o lugares propicios para el desarrollo del conocido como «síndrome del trabajador quemado» (*burnout*). No parecen existir herramientas de gestión proactiva de estos riesgos.
10. La demanda de asistencia urgente por colectivos de personas en situación vulnerable (discapacidad, riesgo social, maltrato o violencia, enfermedad mental) precisaría de una mayor dotación de personal especialista en trabajo social en los SUH. Se acusa especialmente la carencia de estos profesionales en los horarios de tarde y noche.
11. Atendiendo a la importancia de los SUH en la actividad hospitalaria y, por lo tanto, en la atención sanitaria en general, resulta conveniente la definición de una especialidad médica y de enfermería de urgencias y emergencias que forme específicamente a estos profesionales y delimite el alcance de sus competencias clínicas.

12. La estructura física y funcional de los servicios de urgencia, las frecuentes situaciones de saturación de estos servicios y la todavía insuficiente cultura de respeto a la privacidad en el medio hospitalario no permiten, en muchos casos, garantizar la dignidad e intimidad de los pacientes.
13. Entre los indicadores de gestión más usados en el debate público, prima el relativo a las listas de espera sobre los que afectan a los SUH. Ello ocasiona frecuentes desajustes entre la programación de la actividad especializada y las demandas de hospitalización provenientes de los servicios de urgencias, que aportan el mayor número de ingresos. Desde la perspectiva de urgencias este desajuste prolonga la permanencia en estos servicios de pacientes con orden de ingreso hospitalario, no siempre en condiciones adecuadas para su dignidad e intimidad.
14. La solución a las situaciones de saturación en los SUH no está principalmente en manos de los propios servicios. Resultaría preciso introducir en la práctica hospitalaria prioridades orientadas hacia la optimización de la gestión de camas, para lo que también habría que tener en cuenta a los responsables de los servicios de urgencia, por su capacidad de anticipar la demanda previsible.
15. El cierre de camas hospitalarias en época estival, como consecuencia del descenso de la demanda y actividad asistencial, es signo de eficiencia en la gestión de los recursos. No tiene justificación, por el contrario, en situaciones en las que se producen incrementos de la población y de la demanda potencial. La determinación del cierre temporal de camas exige evaluar específicamente las necesidades estructurales de los servicios de urgencias.
16. La atención en los servicios hospitalarios de urgencia a pacientes en fase terminal representa un fracaso del sistema, ya que en estas áreas no resulta posible garantizar a tales pacientes una muerte digna y preservar el duelo de familiares y allegados.
17. La formación de los profesionales sanitarios sobre los aspectos éticos relacionados con la autonomía de la voluntad de las personas es insuficiente. El consentimiento del paciente no siempre está precedido de la información adecuada para que éste pueda adoptar libremente una decisión sobre un procedimiento terapéutico o diagnóstico. En algunos supuestos, las posibles opciones o alternativas diagnósticas y terapéuticas se deciden por los profesionales sanitarios sin la participación del paciente.
18. El alto contenido técnico de algunos modelos para la prestación del consentimiento informado dificulta su comprensión. El lenguaje accesible, sencillo, claro y ajustado al receptor adquiere una mayor importancia en supuestos de personas con discapacidad. Asimismo, la atención a personas en situación vulnerable requeriría documentos específicos para la prestación del

consentimiento, adaptados a las especiales características de cada uno de los colectivos.

19. La implantación de las instrucciones previas o testamento vital es limitada. La insuficiente información sobre esta institución jurídica junto a razones de orden cultural justifican su escaso impacto. Si se atiende a pacientes de una Comunidad Autónoma distinta a la de residencia, existen dificultades para acceder a su historia clínica y, desde ésta, a la declaración de voluntad anticipada.
20. Las urgencias son una de las áreas asistenciales donde mayor es el riesgo para la seguridad de los pacientes. Las situaciones de saturación en estas áreas incrementan el riesgo de error humano y el aumento de la morbimortalidad.
21. Se asume una significativa incidencia de efectos adversos, evitables en buena parte, en pacientes atendidos en los servicios hospitalarios de urgencia; si bien no se declaran generalmente ni constan en los informes de alta. La falta de sensibilización en materia de seguridad y el temor a posibles consecuencias jurídicas son dos de los factores que justifican este bajo nivel de notificaciones.
22. En el marco europeo e internacional se han establecido normativamente sistemas de notificación de efectos adversos. En España, un mandato legal, aún no cumplimentado, prevé un registro que más allá de las previsiones legales habría de lograr la confianza y la participación de los profesionales sanitarios. El diseño de este sistema de notificación y registro plantea dificultades para asegurar su carácter no punitivo y, al tiempo, respetar el principio de responsabilidad de las administraciones sanitarias y de su personal.
23. Las personas inmigrantes en situación irregular tienen derecho a recibir del sistema público atención sanitaria de urgencia. Ese derecho, a veces, se ve dificultado por prácticas administrativas que generan inquietud y tienen efectos disuasorios. Para ofrecer mayor confianza a estos usuarios es necesario mejorar la formación del personal, evitar la emisión prematura de compromisos de pago y facturas y buscar que la constatación de la falta de residencia legal pueda realizarse de manera ágil a través de los servicios de trabajo social de los propios centros.
24. La legislación establece que los extranjeros «no registrados ni autorizados como residentes en España» recibirán asistencia sanitaria «de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica». El alta médica, que es el límite temporal de la asistencia debida, no debe confundirse con el alta de urgencias; de manera que la asistencia debe prolongarse más allá de la actuación de urgencias, hasta la resolución del problema de salud que dio lugar a la urgencia.

25. La priorización en la atención en los SUH y el acompañamiento por familiares o allegados de las personas especialmente frágiles resultan las medidas más eficaces para facilitar la adecuada atención de estos pacientes.
26. Los métodos de triaje implantados en buena parte de los SUH permiten una eficaz clasificación de los pacientes que acuden a los mismos. No obstante, para la atención a pacientes en situación más vulnerable (menores en edad pediátrica, personas mayores, personas con enfermedad mental, personas afectadas de determinadas discapacidades, personas en riesgo social), dichos métodos deberían incorporar información no estrictamente clínica que ayude a la mejor asistencia a estos usuarios.
27. La atención a determinados pacientes, especialmente menores de edad, mayores con déficit cognitivos, o personas con enfermedades mentales, requiere que en las plantillas de los servicios hospitalarios de urgencia se cuente con profesionales formados de manera específica en el trato y en los requerimientos asistenciales de cada uno de estos grupos de personas.
28. En los servicios hospitalarios de urgencias generales parece necesario disponer de espacios reservados para la espera y atención de los menores de edad, y para la atención a pacientes con indicios de maltrato o a los que su permanencia en las zonas comunes pueda implicar un menoscabo lesivo de su intimidad.
29. El acompañamiento por «facilitadores» para el trato con personas con enfermedad mental que requieran atención sanitaria urgente resulta una medida adecuada, para minimizar el uso de contenciones y facilitar la adecuada transmisión de la información. El acompañamiento por efectivos uniformados de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad puede resultar estigmatizador.
30. Las personas con discapacidad, especialmente los afectados por discapacidades sensoriales, ven frecuentemente limitada su capacidad de interlocución en los SUH por la carencia de medios adecuados de comunicación. También persisten carencias significativas sobre accesibilidad y disponibilidad de material adaptado.
31. Las previsiones sobre el envejecimiento de la población deben tenerse en cuenta para evitar una hiperfrecuentación innecesaria de pacientes crónicos. Se impone la identificación previa de las necesidades de estas personas para gestionar su atención sanitaria en los niveles más próximos a su entorno. Para las personas mayores, especialmente aquellas que padecen déficit cognitivos, es necesario mejorar la coordinación entre los SUH y los servicios extrahospitalarios para evitar la polimedicación innecesaria.
32. La existencia de protocolos específicos en la atención a pacientes potencialmente en exclusión social serviría para detectar problemas de salud complejos, más allá del motivo concreto de consulta. Esta práctica resultaría útil, además, para revelar potenciales alarmas de salud pública, que deban ser comunicadas.

33. La atención sanitaria de urgencia a personas en situación de riesgo social sin garantía de continuidad en el tratamiento tras el alta, supone un reto para la coherencia global del modelo sociosanitario. La gestión de estas situaciones excede de las posibilidades de resolución de los SUH y debe ser afrontada por las administraciones competentes, que deberían contar con recursos adecuados para permitir la atención de estas personas durante su convalecencia.
34. La atención de urgencia a personas custodiadas por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad precisa de protocolos que clarifiquen la actuación de los profesionales, al menos sobre la garantía de la intimidad en la relación del paciente con los profesionales de la salud y de confidencialidad de la información clínica.
35. La introducción de programas de calidad en el ámbito de los servicios hospitalarios de urgencias es, hoy en día, una exigencia legal y, al mismo tiempo, una garantía del adecuado funcionamiento de tales servicios.
36. Si bien existe una implantación generalizada de protocolos o guías clínicas en los servicios de urgencias, se hace necesaria su constante actualización y una mayor adherencia de los profesionales a los mismos.
37. La acreditación de centros y servicios, en cuanto mecanismo externo de control y evaluación, es el método de calidad más aceptado y eficaz. En nuestro sistema sanitario aún no está generalizada la acreditación de los SUH, por lo que parece aconsejable establecer su exigencia legal o introducir medidas de incentivo para asumir estos procesos. Los procedimientos de acreditación habrían de contar con la opinión de los pacientes a través de entidades representativas, tanto en la fijación de estándares como en las fases de seguimiento y renovación.
38. Los sistemas de reclamaciones y sugerencias de los pacientes pueden constituir una herramienta muy eficaz en garantía de la calidad del servicio y de la participación de los pacientes en el mismo. No obstante, se aprecia que todavía no se encuentra asentada, ni en las administraciones sanitarias, ni en los usuarios, una auténtica «cultura de la reclamación».
39. Los pacientes aprecian una excesiva burocratización de las respuestas a sus reclamaciones. En la gestión de estas, se hace preciso garantizar la participación de los profesionales implicados en la asistencia sanitaria y ofrecer una respuesta rápida, fundada y, en su caso, que indique las medidas correctoras adoptadas. El examen de los motivos de reclamación por grupos integrados con pacientes y profesionales, u otros instrumentos análogos, permitiría alumbrar soluciones de carácter más general.
40. Las reclamaciones y sugerencias de los pacientes se clasifican de modo heterogéneo, lo que habría de corregirse para poder realizar análisis comparativos en los diversos Servicios de Salud y, por tanto, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

ANEXOS

Anexo I. Lista abierta de cuestiones a considerar en las jornadas preparatorias de este estudio

- 1 Propósito y dinámica de las jornadas de trabajo**
- 2 La atención hospitalaria de urgencias**
- 3 Derechos y garantías implicados en la asistencia sanitaria de urgencia**
- 3.1 Derecho a la protección de la salud. Efectividad y perfeccionamiento: Riesgos específicos en la atención urgente. Medios técnicos y diagnósticos. Recursos humanos. Dotación y cualificación. Médicos internos residentes. Supervisión de la actividad asistencial. Práctica profesional. Evaluación y comisiones de calidad**
 1. ¿Cuál es su criterio sobre la adecuación del acceso, instalaciones, medios diagnósticos, instrumental clínico y otro material de los SUH?
 2. Apreciación sobre el nivel de implantación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en los procesos de gestión y clínicos.
 3. En su experiencia: ¿están establecidos sistemas de clasificación de pacientes (triaje) estructurados y con el adecuado soporte informático? ¿Están sistematizados por escrito los criterios de clasificación de pacientes?
 4. ¿Los sistemas de información incorporan «alarmas» para identificar desde el triaje enfermedades infectocontagiosas o enfermedades con trascendencia?
 5. ¿Las aplicaciones informáticas permiten la trazabilidad completa del proceso asistencial y la sistematización de tiempos de espera en cada fase del proceso?
 6. De acuerdo con su conocimiento: ¿Los sistemas de información permiten un adecuado nivel de coordinación con los centros de salud y servicios de urgencia de atención primaria?
 7. Nivel de coordinación con centros de referencia en casos de elevada complejidad y alto requerimiento de tecnificación.
 8. Percepción sobre la dotación y cualificación de los profesionales y su grado de adecuación a la demanda asistencial.

9. Percepción sobre la correspondencia entre la plantilla real y la prevista en el plan funcional.
10. ¿Ha podido observar diferencias en la atención y supervisión de los Médicos Internos Residentes (MIR) que prestan servicios en urgencias en función del año de formación en que se encuentren?
11. ¿Están definidas por la Comisión de Docencia las funciones de los MIR?
12. ¿Se han formalizado protocolos para la supervisión de la actividad asistencial de los MIR?
13. ¿Está establecida la figura del tutor de los MIR y ordenada la supervisión según su capacitación?
14. ¿La docencia en urgencias está integrada en la Comisión de Docencia del hospital?
15. Según su conocimiento: ¿Están establecidos y se aplican protocolos y guías/vías clínicas en los principales procesos atendidos?, ¿han sido avalados por las comisiones clínicas correspondientes?
16. ¿Tiene constancias de que exista alguna limitación para la realización de pruebas diagnósticas estimadas necesarias por los profesionales sanitarios?
17. ¿Cuál considera que es la percepción de los pacientes en cuanto a la suficiencia del número y naturaleza de las pruebas efectuadas?
18. En los supuestos de pacientes en urgencias, con indicación de ingreso y en espera prolongada de cama libre en planta, ¿qué servicio médico es el responsable de la atención?, ¿la calidad de la atención en estos casos es idéntica a la que se hubiera prestado en planta de hospitalización? De ser el caso, señale en qué aspectos considera que puede diferir.
19. Percepción sobre peticiones de interconsulta con especialidades médicas. Protocolos, nivel de implantación y rapidez en la respuesta.
20. ¿Conoce si se han formalizado protocolos con otros niveles asistenciales para la derivación de pacientes y garantizar la continuidad asistencial?
21. ¿Es posible acceder desde el Servicio Hospitalario de Urgencia (SUH) a la información clínica de procesos atendidos en atención primaria y otras especialidades?
22. ¿Se aplican protocolos conjuntos con atención primaria para encauzar la demanda urgente y facilitar su correcta segmentación en función de la patología y gravedad?

23. Incidencia de la demanda asistencial a consecuencia de dificultades en el acceso a servicios de urgencia de atención primaria. En su caso, naturaleza de las dificultades.
24. ¿Conoce si el plan funcional incluye, al menos, cartera de servicios, protocolos, vías/guías clínicas disponibles y responsabilidades de cada profesional?
25. ¿Cuál es su opinión sobre los tiempos de espera en la atención desde el acceso hasta el alta en urgencias?

3.2 Dignidad e intimidad: inviolabilidad. Especial consideración a situaciones de saturación. Confidencialidad de los datos de salud

26. Evaluación de riesgos que pueden menoscabar la personalidad y dignidad de los pacientes, especialmente en situaciones de saturación de las urgencias. Descripción de riesgos y posibles medidas para garantizar el derecho fundamental.
27. ¿Existen protocolos, guías/vías clínicas para la atención de pacientes en fase terminal? ¿Se facilita a los familiares y acompañantes el mejor entorno posible en esta situación crítica?
28. ¿El servicio de urgencias reúne condiciones materiales y funcionales para dar respuesta a los requerimientos de pacientes en fase terminal? ¿Su estructura permite un ámbito de intimidad y tranquilidad a estos pacientes?
29. ¿El comité de ética asistencial asesora a los profesionales sobre aquellos aspectos de la práctica clínica que presentan dificultades o peculiaridades de orden ético?
30. ¿Están implantados «planes de humanización» específicos y adaptados a esta modalidad de atención?
31. ¿Cuáles son en su criterio las causas principales de la saturación de las urgencias?
32. El análisis de la frecuentación debería permitir establecer tendencias en la demanda urgente. ¿Circunstancias que motivan la periódica falta de camas libres en el hospital y la permanencia prolongada en urgencias de pacientes con indicación de ingreso?
33. Se ha detectado que, en ocasiones, las altas hospitalarias se concentran en franjas horarias determinadas, generalmente en turno de tarde, prolongando la ocupación de camas por pacientes con el alta programada. Evaluación y posibilidades de implantación de indicadores de «altas hospitalarias tempranas».

34. ¿Qué criterios priman en su opinión para la determinación del cierre de camas hospitalarias durante la época estival? ¿En qué medida considera que estas decisiones tienen efectos en la atención de los SUH?
35. En el caso de pacientes que precisan transporte sanitario tras el alta en el hospital, ¿se prioriza este transporte para la salida de pacientes en hospitalización/urgencias?
36. ¿Existen protocolos para garantizar la intimidad acústica y visual de los pacientes en urgencias?
37. ¿La estructura física y funcional permite garantizar la intimidad global de los pacientes? Señale los obstáculos principales para lograr este objetivo.
38. ¿Están habilitadas salas específicas para la información a pacientes y familiares con condiciones adecuadas para preservar la confidencialidad?
39. ¿Se transmite información en pasillos/zonas de paso o en presencia de otros pacientes o familiares?
40. ¿Qué actuaciones sería en su criterio prioritario desarrollar para fomentar el clima ético en pro de la garantía de los derechos de los usuarios de los SUH?
41. ¿Conoce si están implantadas en los SUH medidas de seguridad para evitar intromisiones ilegítimas en datos de salud?

3.3 Consentimiento informado (CI): formalización (verbal/escrito). Excepciones (salud pública, urgencia, renuncia y necesidad terapéutica). Por representación (menores/incapacitados)

42. En su experiencia, ¿el CI está precedido de información suficiente y adecuada?
43. Salvo en los supuestos exceptuados por la ley, ¿se solicita, en todos los casos, el CI del paciente ante cualquier actuación realizada por el personal médico y de enfermería?
44. ¿El CI se formaliza de manera general por escrito en los casos en los que así lo dispone la ley?
45. ¿Existen modelos específicos para formalizar el CI por escrito en cada uno de los procesos quirúrgicos o diagnósticos efectuados por personal médico y de enfermería del SUH?
46. ¿De qué forma se deja constancia del consentimiento otorgado en la historia clínica e informe de alta del paciente o de cualquier incidencia con relación a esta cuestión?

47. ¿Se deja constancia por escrito y en la historia clínica de las razones que motivan la excepción del CI?
48. ¿Cuál es su percepción sobre la aplicación práctica de la excepción basada en la urgencia por los SUH?
49. En los supuestos de salud pública, y si las medidas conllevan privación de libertad, ¿tiene constancia de que se produzca algún control judicial a posteriori?
50. En los supuestos de necesidad terapéutica: ¿se recaba el CI por representación? ¿Se solicita el asesoramiento del Comité de Ética del centro, especialmente si el paciente reitera su deseo de conocer su verdadero estado de salud?
51. En su experiencia, en los supuestos de menores de 16 años sin capacidad de comprender la intervención clínica y en situación de desamparo, ¿se solicita el CI a la entidad pública tutelante?
52. En los casos de mayores de edad que sufren una incapacidad de hecho, ¿se refleja en la historia clínica las razones que fundamentan el juicio médico sobre la incapacidad?
53. ¿Existen protocolos y modelos específicos en los SUH para la formalización de CI por representación?

3.4 Historia clínica: contenido. Usos. Acceso

54. En su ámbito de actuación: ¿Está implantada la historia clínica informatizada? ¿En qué fase se encuentra la implantación de la historia clínica electrónica?
55. ¿Figuran en las historias clínicas los documentos medico-legales de obligado cumplimiento?
56. ¿Las historias clínicas están ordenadas, actualizadas y completas?
57. ¿En el informe de alta se refleja, al menos, el horario correspondiente al acceso al servicio, triaje, primera atención médica y salida de urgencias, así como la identidad de los profesionales responsables de la atención?
58. ¿Se incorpora la actividad de enfermería en los informes de alta?
59. Salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para el acceso a su historia clínica, ¿tiene conocimiento de que se proceda a disociar los datos de identificación personal de los de carácter clínico asistencial para el uso de la historia clínica con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia?

60. ¿Ha tenido conocimiento de que estudiantes de universidades y en prácticas en urgencias accedan y utilicen historias directamente?
61. ¿En su opinión está suficientemente garantizado en la práctica el derecho del paciente a acceder a su historia clínica? ¿Qué carencias ha podido detectar?
62. ¿Tiene conocimiento de problemas en el acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos a sus familiares o allegados?
63. Cuando el acceso del paciente a su historia clínica lo es por interés sanitario (segunda opinión clínica), ¿se remite la historia clínica al médico que vaya a valorar de nuevo al paciente sin excluir los datos incorporados por terceros y las anotaciones subjetivas?
64. ¿Las historias clínicas se archivan de forma que puedan recuperarse durante, al menos, cinco años?
65. ¿Tiene conocimiento de que estén establecidas medidas de seguridad en el acceso y tratamiento de la historia clínica?

3.5 Información sanitaria y no sanitaria: contenido. Características y forma en que debe proporcionarse la información. Responsabilidad de la información. Titular del derecho y límites. Derecho a no ser informado

66. En su experiencia, ¿la información a los pacientes sobre su proceso asistencial se refiere, como mínimo, a la finalidad, naturaleza, riesgos, consecuencias y alternativas posibles a la intervención propuesta?
67. ¿Se facilita información sobre las razones por las que los profesionales sanitarios eligen una opción clínica y no otras? ¿Dicha información se facilita en términos comprensibles o acudiendo a fórmulas acuñadas de difícil objetivación práctica? (ejemplo, análisis coste/beneficio).
68. ¿Se facilita información periódica a los pacientes y familiares o acompañantes sobre previsible tiempos de espera en las diferentes fases asistenciales?
69. ¿Dónde, en qué momento, con qué periodicidad y por quién se facilita información a los familiares y acompañantes sobre la situación, estado y evolución de los pacientes? ¿Existen protocolos de actuación sobre estas cuestiones?
70. ¿Están establecidos protocolos sobre la forma, contenido y frecuencia de la información a pacientes y familiares o acompañantes?
71. Tras el alta en urgencias, percepción acerca de la suficiencia y adecuación de la información sobre el proceso asistencial.

72. ¿Se deja constancia en la historia clínica de la información facilitada a los pacientes?
73. ¿La información a los pacientes sobre el proceso asistencial se comunica en términos suficientes y de forma comprensible y adecuada a sus necesidades?
74. ¿Cómo y por quién se facilita la información sanitaria? Protocolos.
75. Además del médico responsable del paciente como interlocutor principal ¿participan otros profesionales sanitarios, como los que efectúan pruebas diagnósticas o los de enfermería, en el proceso de información?
76. De no constar el consentimiento expreso o tácito del paciente ¿se facilita información sobre su proceso a familiares o allegados?
77. En supuestos de incapacidad ¿además de informar al representante legal, se informa también a los propios afectados de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión?
78. Cuando a causa de su estado físico o psíquico un paciente carece de capacidad para entender la información a facilitar, ¿se pone tal información en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho?
79. En su experiencia ¿se han identificado conflictos entre el derecho del paciente a no ser informado y el interés de la propia salud del paciente o de un tercero? ¿Con qué criterios se han resuelto?

3.6 Instrucciones previas

80. En su opinión ¿conocen suficientemente los profesionales sanitarios la existencia de las instrucciones previas del paciente cuando tienen que tomar las decisiones a que las mismas se refieren?
81. ¿Tienen dificultades los profesionales sanitarios para interpretar las instrucciones previas y para conocer cuándo deben aplicarlas?
82. En su experiencia ¿se considera que existen, en determinadas ocasiones, razones válidas para hacer caso omiso a las instrucciones previas, en cuanto las mismas no son elecciones contemporáneas al momento de la decisión?

3.7 Seguridad de los pacientes: detección y prevención de efectos adversos. Estrategias en áreas prioritarias

83. En su experiencia: ¿Se conoce la incidencia de los efectos adversos? ¿Se declaran habitualmente o sólo en circunstancias extraordinarias? ¿Existen registros? ¿Está protocolizada la notificación?
84. Tras la detección de efectos adversos ¿se adoptan medidas de manera ágil para prevenir incidencias clínicas?
85. ¿Se reflejan los efectos adversos en los informes asistenciales?
86. En su ámbito de actuación ¿conoce la existencia de un plan específico de seguridad del paciente? ¿Se han diseñado estrategias de seguridad en áreas prioritarias de urgencias?
87. ¿Están monitorizados indicadores de actividad y estándares mínimos?

3.8 Calidad. Otros aspectos: Acreditación de los SUH. Guías clínicas y protocolos de actuación. Plan de autoprotección del personal. Formación e investigación

88. ¿Se dispone de programas oficiales de acreditación para SUH?
89. Nivel de acreditación de los SUH.
90. En su experiencia, ¿en qué medida está prevista la participación de los pacientes en estos procesos de acreditación y en el seguimiento de los mismos?
91. Percepción sobre el grado de implantación de protocolos y guías/vías clínicas. En su caso, propuestas de mejora.
92. Percepción sobre el grado de participación de los profesionales en la elaboración de protocolos y guías/vías clínicas.
93. En su opinión ¿en qué medida los procesos de difusión y adopción de las recomendaciones de calidad y seguridad son ágiles y efectivos?
94. ¿Está establecido en su ámbito de actuación un plan de autoprotección que contemple, al menos, la evaluación de los riesgos, las medidas de protección y la prevención y respuesta a agresiones al personal?
95. En su opinión ¿se facilita a los profesionales la realización de actividades de formación continuada y de investigación?
96. Estimación sobre el tiempo, en porcentaje, dedicado por los profesionales de urgencias a docencia e investigación.

97. ¿Conoce de la existencia de un plan de formación continua de los profesionales de los SUH?
98. ¿Este personal participa en sesiones clínicas regulares y de forma programada?

3.9 Otros derechos y garantías

99. ¿Con qué frecuencia se presentan en su experiencia problemas que requieran de una mediación intercultural en los SUH? Percepción sobre qué problemas resultan más frecuentes y sobre la suficiencia de medios disponibles.

4 Atención a personas en situación vulnerable

4.1 Personas inmigrantes sin autorización de residencia

100. ¿Se han detectado problemas de acceso de los inmigrantes en situación irregular a los SUH? Indique qué tipo de problemas y su grado de dificultad para superarlos.
101. ¿Existe alguna limitación que afecte al ingreso hospitalario o a la realización de pruebas diagnósticas a dichas personas, cuando clínicamente así proceda?
102. ¿Están establecidos en su ámbito de actuación mecanismos de coordinación con el resto de niveles de atención para garantizar la continuidad asistencial de pacientes de este colectivo?
103. En su caso, ¿razones que motivan la emisión de facturas por la atención prestada en urgencias a inmigrantes sin autorización de residencia en España?

4.2 Atención/acompañamiento de personas en situación de fragilidad

104. ¿Considera factible y equitativo priorizar la atención a pacientes de colectivos vulnerables?
105. En su conocimiento ¿se han adoptado medidas que garanticen el acompañamiento, por familiares o allegados, de pacientes en situación de fragilidad, salvo que resulte contraindicado? ¿Existen protocolos al respecto?
106. ¿Conoce de la existencia de mecanismos de coordinación entre los sistemas sanitario y social para la atención integral a personas dependientes con enfermedades crónicas o pluripatologías?

107. ¿Sabe si se han formalizado protocolos de actuación conjunta en las patologías más prevalentes de pacientes institucionalizados en centros residenciales del área de influencia del SUH?
108. ¿La atención a menores se efectúa en ámbitos específicos y diferenciados de los de adultos?
109. Con relación a enfermos crónicos o con pluripatologías, ¿considera factible que la atención que se presta a estos pacientes en urgencias se efectúe en su entorno habitual (domicilio) o en el primer nivel asistencial, salvo en situaciones que requieran atención especializada?

4.3 Atención de personas con indicios de estar en situaciones de riesgo o conflicto

110. En su ámbito de actuación: ¿se han formalizado planes de resolución de urgencias psicosociales (malos tratos, alcoholismo, indigentes, etc.)?
111. ¿Están protocolizadas las actuaciones para la detección y tratamiento de situaciones de riesgo? ¿Qué protocolos existen?
112. Tras la atención en urgencias, ¿se notifica a atención primaria la existencia de pacientes en situación de riesgo, con el fin de garantizar en lo posible la continuidad de cuidados?
113. Dentro de los SUH ¿quién se encarga principalmente de gestionar los indicios de riesgo o conflicto una vez detectados?

4.4 Personas en custodia

114. En su experiencia ¿están habilitadas zonas específicas para la atención a personas en situación de custodia?
115. ¿Cuál es la praxis habitual sobre la presencia de los funcionarios de las fuerzas policiales que acompañan al paciente?
116. En los casos de alta sin ingreso ¿A quién se entregan los informes y demás documentación pertinente?
117. En la práctica de los SUH, en su opinión ¿cuál es el grado de conocimiento y aplicación de las previsiones del llamado «Protocolo de Estambul» (*Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*) u otros instrumentos similares?

5 Evaluación de las reclamaciones y sugerencias

5.1 Índices de estimación o aceptación: adopción de medidas

118. Calidad percibida respecto a las respuestas de las administraciones sanitarias con relación a reclamaciones y sugerencias de los pacientes.
119. ¿En qué medida se emplean las reclamaciones y sugerencias para determinar la existencia de debilidades de los SUH y proceder, en su caso, a la adopción de medidas de prevención y mejora de la atención?
120. ¿Se notifican a los interesados, en todos los casos, las resoluciones recaídas con relación a las reclamaciones planteadas? ¿En estas resoluciones se detallan la naturaleza de la investigación, resultados y, en su caso, medidas adoptadas?

5.2 Participación de los pacientes y profesionales

121. En su ámbito de actuación ¿están establecidos mecanismos de participación de pacientes y profesionales en la evaluación de reclamaciones y formulación de propuestas de mejora?

5.3 Taxonomía de las reclamaciones ciudadanas

122. Criterio sobre la posibilidad de adopción de un sistema homologado de codificación para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
123. Promedio mensual de reclamaciones referentes a aspectos de funcionamiento de urgencias. Percepción sobre el porcentaje de estas reclamaciones respecto al total de las planteadas en el hospital.
124. En su opinión, ¿cuáles son los tres aspectos sobre los que inciden en mayor medida las reclamaciones en urgencias?

Anexo II. Participantes en las jornadas de trabajo preparatorias del estudio

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO	JORNADA
Julián	Alcaraz Martínez	Coordinador de Calidad Asistencial del H. Morales Meseguer (Murcia)	III
Luis	Alonso Calzada	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)	I
Rafael	Álvarez Gil	Asesor del Diputado del Común	I y II
Esperanza	Aparcero Fuentes	Asesora Técnica del Defensor del Pueblo Andaluz	*
Ignacio	Aycart Luengo	Asesor del Defensor del Pueblo Andaluz	*
Soledad	Becerril	Defensora del Pueblo	I
Juan Luis	Beltrán Aguirre	Expresidente Asociación Española de Juristas de la Salud	II
Fernando	Benito Anguita	Técnico A del Área de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo	*
Pablo	Braña López	Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)	I
Rosa	Brescané Bellver	Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias (CEAFA)	I
Antonio	Burgueño Torijano	Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)	I
Pablo	Busca Ostolza	Jefe Servicio de Urgencias H. Universitario Donostia, San Sebastián	II
Raúl	Canabal Berlanga	Director Médico Asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)	III

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO	JORNADA
Alicia	Carpintero Suárez	Asesora Jefa del Gabinete del Procurador del Común de Castilla y León	*
Antón	Castaño Rivero	Presidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)	II
Bernardino	Comas Díaz	Servicio de Urgencias H. Son Espases (Illes Balears)	III
Pilar	Embuena Majua	Médica Interna Residente (MIR)	II
Francisco Javier	Enériz Olaechea	Defensor del Pueblo de Navarra	II
Silvia	Fernández Calderón	Directora Técnica de Atención Especializada de la Consejería de Sanidad de Castilla y León	III
Pedro	Fuentes	Cáritas Española	I
Pedro José	García Beviá	Técnico Jurídico del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana	I y III
Paloma	García de Carlos	Técnico del Servicio de Atención Hospitalaria. Gobierno de Canarias	III
Ernesto	Garrastachu Marín	Subdirector del Centro de Información y Atención al Usuario del Servicio Riojano de Salud	III
Inmaculada	Gimena Ramos	Subdirectora Médica de Servicios Centrales del Complejo Hospitalario de Navarra	III
Lourdes	Gómez Casero	Jefa del Servicio de Urgencias de H. Infanta Cristina, Badajoz	III
Juan Jorge	González Armengol	Consultor del Estudio y Presidente de Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)	*
Esther	Gorjón Peramato	Enfermera de Emergencias. Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León	II

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO	JORNADA
Isabel de	Gregorio-Rocasolano	Asesora Responsable del	*
Javier	Bohórquez	Justicia de Aragón	
	Gutiérrez Caracuel	Facultativo Especialista de	II
		Área (FEA) Urgencias H.	
		Virgen del Rocío, Sevilla	
Rodrigo	Gutiérrez Fernández	Presidente de la Sociedad	II
		Española de Atención al	
		Usuario de la Sanidad	
		(SEAUS)	
Juan Jesús	Hernández	Cruz Roja Española	I
	González-Nicolás		
Francesc Xavier	Jiménez Fábrega	Director Departament de	II
		Recerca, Innovació i Qualitat.	
		Sistema d'Emergències,	
		Mèdiques de Catalunya (SEM,	
		S. A.)	
Luis	Jiménez Murillo	Director del Plan Andaluz de	III
		Urgencias y Emergencias	
Ricardo	Juárez González	Coordinador Urgencias H.	II
		Ntra. Sra. del Prado. Talavera	
		de la Reina (Toledo)	
Faustino	López de Foronda	Secretario General del	III
		Ararteko	
Jesús	Maeztu Gregorio de	Defensor del Pueblo Andaluz	III
	Tejada		
Antonio Felipe	Martín Martín	Coordinador Urgencias H.	II
		Universitario Ntra. Sra. de la	
		Candelaria, Santa Cruz de	
		Tenerife	
Bartolomé José	Martínez García	Técnico Jefe del Área de	*
		Sanidad y Política Social del	
		Defensor del Pueblo	
Antonio	Martínez Torre	Subdirector Médico de	III
		Continuidad Asistencial del H.	
		Marqués de Valdecilla,	
		Santander	
José Luis	Méndez Flores	Confederación Española de	I
		Agrupaciones de Familiares y	
		Personas con Enfermedad	
		Mental (FEAFES)	
Iñaki	Mendieta Lasarte	Responsable del Área de	I y II
		Sanidad del Ararteko	

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO	JORNADA
David	Montes Bentura	Médicos del Mundo	I
Rafael	Muguruza Trueba	Técnico A del Área de Sanidad y Política Social del Defensor del Pueblo	*
Giovanna Gabriele	Múñiz	Institut del'Envelliment. Universitat Autònoma de Barcelona	I
Victor Manuel	Padrón Barrera	Asesor del Diputado del Común	III
Nuria	Palmero Sande	Asesora del Valedor do Pobo	*
Rosa M ^a	Pérez Mencía	Servicio de Asistencia Sanitaria Urgente y Emergencias. Agencia Valenciana de la Salud	III
Fernando	Pérez-Padilla García	Director Territorial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Coordinador del 061 en Ceuta	III
Luis	Pizarro Fernández	Adjunto al Defensor del Pueblo Andaluz	I y III
Javier	Povar Marco	Coordinador Urgencias H. Miguel Servet, Zaragoza	II
Pilar	Prims Calleja	Asesora del Síndic de Greuges de Cataluña	*
Jordi	Puiguirguer Ferrando	Coordinador del Servicio de Urgencias H. Universitario Son Espases, Palma de Mallorca	III
Zita	Quintela González	Técnica de la Subdirección de Gestión de Seguimiento de Objetivos en Hospitales de la Comunidad de Madrid	III
Concepción	Saavedra Rielo	Directora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria VIII. Langreo (Asturias)	III
Miquel	Sánchez	Director de Urgencias del H. Clínic, Barcelona	III
Carlos	Sarasíbar Marco	Secretario General del Defensor del Pueblo de Navarra	*

NOMBRE	APELLIDOS	CARGO	JORNADA
Raphael	Simons Vallejo	Técnico Jurídico del Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana	II y III
Martín	Tejedor Fernández	Jefe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica. H. Universitario Reina Sofía, Córdoba	III
Mirian	Torregrosa Granado	Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)	I
Manuel José	Vázquez Lima	Coordinador de Urgencias H. do Salnés de Vilagarcía (Pontevedra)	II
Luis	Verde Remeseiro	Gerente del Área de Gestión Integrada de Santiago de Compostela (A Coruña)	III
José Antonio	Zumalacárregui Villasol	Jefe de Servicio de la Unidad de Gestión Sanitaria del H. Universitario de Cruces; Barakaldo (Bizkaia)	III

* Asistente a las tres jornadas.

I: Jornada de trabajo con representantes de las asociaciones de pacientes y otras entidades sociales, celebrada en Madrid, el 16 de septiembre de 2014.

II: Jornada de trabajo con profesionales de la sanidad, celebrada en Pamplona, el 1 de octubre de 2014.

III: Jornada de trabajo con gestores sanitarios, celebrada en Sevilla, el 20 de octubre de 2014.