

	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

Germán Lloret Ferrándiz
Sección Urgencias Pediatría HGUA



1 OBJETO Y METODOLOGÍA

2 CONTEXTO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

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

2.2 CONFIGURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE URGENCIAS

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

3.1.1 *Medios materiales*

- Estructura y medios técnicos
- Clasificación de pacientes. Triage
- Sistemas de información. Coordinación entre niveles asistenciales

3.1.2. *Recursos humanos*

- Dotación y cualificación
- Médicos internos residentes. Formación y supervisión en urgencias

3.2 DIGNIDAD E INTIMIDAD

3.2.1 *Cuestiones generales*

3.2.2 *Situaciones de saturación*

3.3 AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y DERECHO A LA INFORMACIÓN

3.3.1 *Consentimiento informado*

3.3.2 *Instrucciones previas (Voluntades anticipadas)*

3.3.3 *Información clínica*

3.4 SEGURIDAD DE LOS PACIENTES



4 ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN VULNERABLE

4.1 PERSONAS INMIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR

4.2 ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE FRAGILIDAD

4.2.1 Menores de edad

4.3 ATENCIÓN A PERSONAS CON INDICIOS DE RIESGO O CONFLICTO

4.3.1 Detección de situaciones de maltrato

4.4 PERSONAS EN CUSTODIA

5 LA CALIDAD COMO EXIGENCIA Y GARANTÍA DEL SERVICIO

5.1 CALIDAD Y PRÁCTICA PROFESIONAL

5.2 EVALUACIÓN DE LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

6 CONCLUSIONES



1 OBJETO Y METODOLOGÍA

- SUH

- escenario de constante presión asistencial
 - aumento de las patologías crónicas -- la demanda no se moderará en el futuro si no se adoptan medidas estructurales hoy
 - en las últimas décadas,-- profundos cambios, no han ido acompañados de una reconsideración del modelo asistencial que mejore el sistema
 - la ciudadanía considera estos servicios como una garantía muy relevante para la efectividad de su derecho a la salud
 - la urgencia es el principal motivo de ingreso hospitalario (61%)
 - la celeridad y el entorno físico en que se produce la atención de urgencia facilita que los derechos de los pacientes puedan verse socavados
- * Buena parte del flujo de acceso a estos servicios no es controlable -- depende de percepciones subjetivas de usuarios o allegados.
- * La medicina en urgencias está, sometida a un escrutinio mayor, tanto por parte de los propios ciudadanos como por otros sanitarios.

1 OBJETO Y METODOLOGÍA

- Estudio - tres objetivos generales
 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
 3. Las reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos como barómetro del servicio y como herramienta para su mejora

-se elaboró un cuestionario con 124 preguntas (Anexo 1)

- **Jornada con representantes de los pacientes y usuarios**
- **Jornada con profesionales** sanitarios de urgencias y emergencias.
- **Jornada con representantes de los gestores de los servicios de salud**

2 CONTEXTO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

- 2.1 FRECUENTACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS.
EL IMPACTO DE LA CRONICIDAD
 - año 2012 → más de 26 millones de consultas en los SUH
 - la mitad de la población acude cada año a estos servicios
(15% de la población, por lo que hay quien lo utilizan recurrentemente)
 - un 25% de esta población es mayor de 65 años
 - un 25% menores de 16 años, (poco consumidores de pruebas)
 - La respuesta a la demanda de ayuda sanitaria urgente ha adquirido una importante complejidad, médica y organizativa, y plantea uno de los retos permanentes para los sistemas sanitarios públicos
 - Estudios de opinión y expectativas de los usuarios de urgencias
 - la personalización de la atención
 - la información
 - la intimidad
 - el confort
 - la accesibilidad universal (sobre todo para personas con discapacidad)
 - la demora en la atención
 - el trato y el interés por parte de los profesionales
 - el acompañamiento familiar

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

- **Características generales de la atención en urgencias**
 1. Crecimiento progresivo de la frecuentación (determinados grupos de población)
 2. Problemas de coordinación con otros servicios y entre los diversos equipos de urgencias y emergencias
 3. Los SUH 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
 5. Un significativo número de pacientes pendientes de ingreso permanece en urgencias, (a veces en las áreas de observación), por tiempo superior al adecuado
 6. Cambio del patrón de comportamiento, con picos de frecuentación hasta altas horas de la noche
 7. No existen, o son heterogéneos, sistemas integrados de información que faciliten el intercambio de información entre los distintos dispositivos asistenciales

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

- Un porcentaje significativo de usuarios acude por iniciativa propia y de forma directa
- Mayor accesibilidad del hospital (tanto en cobertura horaria como en cercanía) y
- Percepción de que los SUH cuentan con más medios y resuelven mejor el problema
- La complejidad global de la atención a los pacientes de urgencias ha aumentado - *confirmación de un cambio del patrón epidemiológico*
- El envejecimiento de la población lleva asociado una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la consiguiente necesidad de cuidados
- Las enfermedades crónicas son el primer motivo de demanda asistencial en los centros sanitarios (80% de consultas de AP y 60% de ingresos hospitalarios)
- Los SUH y los servicios de emergencias se han convertido en España en el único dispositivo sanitario accesible en muchos tramos horarios y todos los festivos, (con frecuencia, en el único dispositivo social accesible)
- Se detecta un incremento de la demanda, que se asocia con la crisis económica

2.2 CONFIGURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE URGENCIAS

- El SUH es un servicio abierto, especializado, en la atención de todos los pacientes que lo demanden, con capacidad para indicar su ingreso, trasladarlo a otro nivel asistencial o proceder a su alta al domicilio
- No existen datos fehacientes y recientes acerca de la dimensión, organización, funcionamiento y actividad de los SUH
- El informe del Defensor del Pueblo(1988), sobre el estado de la asistencia urgente, supuso el punto de partida para el actual desarrollo de los dispositivos de urgencias.
- 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, las relaciones intrahospitalarias, o a la incorporación de las tecnologías de información.
- Aumento progresivo del gasto público en salud -- búsqueda de una eficiencia relacionada con los «costes de producción».
- Desglosar la información de los procesos asistenciales y 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
- El coste medio de la urgencia atendida en un SUH está en 77 euros

2.2 CONFIGURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE URGENCIAS

- Características distintivas ... depende de los conocimientos de estos médicos, y de la rapidez en la respuesta. “La gestión de las urgencias es la gestión del tiempo”
- Para que un 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
- Colectivo de profesionales muy heterogeneo (personal propio, fijo o interino; especialistas de otros servicios; personal en formación, de otros servicios en ↑ %)
- Violencia contra profesionales y el síndrome de *burnout*, pueden incrementar las situaciones de riesgo. --- debemos favorecer condiciones laborales adecuadas
- El uso creciente de las TIC (tanto en los procesos de gestión como en los clínicos) ... disponer de mayor y mejor información sobre su propia actividad y resultados
- La historia clínica informatizada en los SUH... incorporar indicadores que midan el proceso de atención desde la llegada del paciente al SUH hasta que lo abandona, (con los lapsos de las diversas fases asistenciales)
- Riesgo de aparición de eventos adversos (la gran mayoría de ellos no se declaran)
- Los SUH -- herramientas de trabajo y elementos de gestión que han contribuido a la mejora de la seguridad del paciente (*sistemas de triaje estructurado, políticas de mejora de la calidad -- seguimiento de indicadores y modelos de acreditación de SUH*)

3.1 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN URGENCIAS

Complejidad de la asistencia sanitaria urgente:

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 entorno (rural, urbano)
3. Situada transversalmente entre el nivel de AP y el de atención hospitalaria
4. Incluye procesos multidisciplinares, que requieren coordinación, sobre todo en patologías emergentes, tiempo dependientes (Politrauma, Ictus, IAM...)
5. Marco de actuación centrado en pacientes agudos y graves (su pronóstico depende, de las decisiones que se adopten y de la precocidad de éstas.
6. Cada vez más frecuente, la atención a procesos crónicos reagudizados .

3.1 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN URGENCIAS

• **3.1.1 Medios materiales**

- Tribunal Supremo: “la responsabilidad de la Administración no deriva tanto del resultado como de la puesta a disposición de los medios razonablemente exigibles”
- En los SUH, carencias de tipo estructural y material. **Soluciones** : incrementos de dotación económica y mejoras en las pautas de organización y de coordinación administrativa
- Los SUH deben responder las necesidades surgidas inesperadamente no pueden ofrecer por definición una resolución global de los problemas de salud , sin pretender con ello una resolución integral y definitiva de la necesidad médica,

3.1 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN URGENCIAS

• **3.1.2 Recursos humanos**

– 3.1.2.1 *Dotación y cualificación*

- faltas de adecuación de la dotación de personal a la demanda asistencial
- falta de concordancia entre la distribución del personal por turnos de trabajo y las franjas horarias de mayor frecuentación
- inadecuada cobertura de las plantillas con personal médico en formación. (entre el 30% y el 40%)(aún mayor las tardes-noches y en fines de semana)
- resulta conveniente la definición de una especialidad médica y de enfermería de urgencias y emergencias
- necesidad de adaptar la disponibilidad de medios humanos a la demanda propia de los servicios de urgencias
- los profesionales de SUH, expuestos con más frecuencia a situaciones de tensión y estrés laboral (protocolos de seguridad personal y de autoprotección)
- Infradotación de personal de trabajo social en los SUH, en turnos de tarde o noche y en las jornadas festivas

3.1 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN URGENCIAS

• **3.1.2 Recursos humanos**

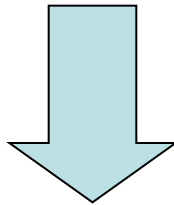
– 3.1.2.2 -MIR. Formación y supervisión en Urgencias

- El vínculo laboral del médico interno residente (MIR) tiene, además de un contenido formativo, un contenido instrumental y asistencial.
- Tribunal Supremo *“las funciones asistenciales que el MIR presta, 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”*
- La asistencia tutelada del MIR, precisa de cierto grado de autonomía
- Más efectos adversos, e incrementos de pruebas diagnósticas (MIR 1 y 2)
- Dificultades para tutorización y supervisión de actividad asistencial MIR.
- Infrarrepresentación de los SUH en las comisiones de docencia hospít.

3.2 DIGNIDAD E INTIMIDAD

- **3.2.1 Cuestiones generales**

- *La estructura física y funcional de los SUH*
- *La frecuente existencia de camas en el pasillo*
- *La masificación en áreas asistenciales*
- *Lugares de información poco idóneos*
- *Prácticas poco respetuosas con la intimidad*

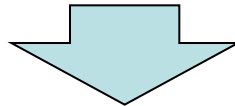


- Promover la sensibilización y la formación de los profesionales sobre intimidad y confidencialidad
- Fomentar la participación de los Comités de Ética Asistencial

3.2 DIGNIDAD E INTIMIDAD

•3.2.2 *Situaciones de saturación*

- Causa principal de las reclamaciones, aspectos que no guardan relación con la atención sanitaria sino con el menoscabo de la personalidad y la dignidad humanas
- Un correcto análisis de la frecuentación en los SUH permite establecer tendencias previsibles de la demanda asistencial y la adopción de medidas para dar solución a las situaciones de saturación
- Factores de gestión interna (capacidad de resolución y flujos de salida a planta), sino también de índole externa a los propios servicios.
- Son consecuencia, entre otros factores, de la falta de camas libres en el centro sanitario y de una gestión poco eficaz de las mismas.
- Permanencia, prolongada en no pocos casos, de pacientes en el SUH con indicación de ingreso hospitalario y en espera de cama, no siempre en condiciones adecuadas



- Actuaciones de carácter multifactorial para agilizar el «drenaje» o salida de pacientes de los SUH
 - Gestión de altas tempranas
 - Establecer criterios de ingreso pactados con las distintas especialidades
 - Potenciar medidas alternativas a la hospitalización convencional (UHD, CSI, Consulta rápida resolución...)
 - Mejorar la gestión del transporte sanitario
 - Establecer indicadores de calidad (tiempos de estancia máxima...)

3.2 DIGNIDAD E INTIMIDAD

- No se tiene presente, las necesidades de los SUH en la programación diaria del hospital
- Se priorizan los ingresos de pacientes en lista de espera frente a los que proceden del SUH
- 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
- Los días que permanecen los pacientes en el área de urgencia no se computan como estancias hospitalarias en el respectivo servicio donde causarán ingreso → sesgo informativo en el indicador de calidad «estancia media»
- El cierre de camas hospitalarias en época estival, (supuesto descenso de la demanda y actividad asistencial), no tiene justificación en ámbitos territoriales en los que sucede todo al contrario
- La determinación del cierre de camas debería efectuarse tras consultar a los profesionales de los SUH sobre las necesidades estructurales de estos servicios y la adecuación de oferta/demanda asistencial

3.3 AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y DERECHO A LA INFORMACIÓN

• 3.3.1 *Consentimiento informado*

- La información 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
- Representantes de los pacientes
 - la claridad de la información facilitada por los profesionales sanitarios es escasa,
 - el procedimiento de comunicación deficiente
 - el esfuerzo para superar las barreras de comprensión limitado

Solicitan

 - facilitar un diálogo continuado entre profesionales y pacientes a lo largo del proceso asistencial
 - lenguaje accesible, sencillo, claro y ajustado al receptor
 - posibles alternativas diagnósticas y terapéuticas
- Representantes de los profesionales sanitarios
 - la información facilitada es suficiente
 - sus expectativas, sobredimensionadas
 - no siempre ofrece posibles alternativas terapéuticas.
 - no siempre se verifica si la información ha sido comprendida por el paciente
 - mero procedimiento administrativo, cuya finalidad principal sería exonerar de posibles responsabilidades en caso de reclamaciones de pacientes

3.3 AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y DERECHO A LA INFORMACIÓN

- ***3.3.2 Instrucciones previas (voluntades anticipadas)***
 - Todos coinciden en el escaso impacto de las instrucciones previas.
 - Se constata la falta de tradición en España
 - En los S.I. de algunos servicios de salud figura un icono que advierte sobre su existencia
 - Dificultades en los casos de atención a pacientes de una comunidad autónoma distinta a la de residencia
 - Necesidad de promover campañas de información y planes de formación a los profesionales

3.3 AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y DERECHO A LA INFORMACIÓN

- **3.3.3 Información clínica**

- Panorama dispar sobre la implantación de la historia clínica electrónica
- Lograr un mayor nivel de seguridad en los pacientes y evitar exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición

1. Mayor riesgo de efectos adversos como consecuencia de la falta de interoperatividad entre historias clínicas
2. El significativo grupo de población con doble aseguramiento sin conexión entre sí a efectos de documentación clínica
3. Imposibilidad de acceso a la historia clínica por parte de personal de emergencias médicas, si la H. C. 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

- 4% - 17% de los ingresados en un hospital sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria y no de su enf. de base, consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación
- *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (ENEAS)*
 - Asistencia hospitalaria
 - Errores 8,40% (Evitables el 42,60% de ellos)
 - 9,60% de los casos ocurrió en servicios de urgencias y en la atención previa a la hospitalización
 - 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

3.4 SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

- Representantes de pacientes
 - 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.
- Ministerio de Sanidad, informe «*Estrategia en Seguridad del Paciente*»
 - 1) implantar sistemas eficaces de notificación y planificación de medidas para reducir 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

3.4 SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

- un porcentaje elevado de efectos adversos son evitables
- no suelen declararse ni constan en los informes de alta
- el actual marco legal en España no ayuda a la implantación de sistemas de notificación de efectos adversos.
- posible diseño de un sistema nacional de notificación y registro de efectos adversos (contexto legal adecuado y la confianza y la participación activa de los profesionales)
- carácter no punitivo y orientación exclusiva a la formación de los profesionales y a la prevención de errores.

- El actual marco legal en España no favorece su creación (obstáculos legales)
 - normativa procesal,
 - protección de datos,
 - secreto profesional,
 - deberes de denuncia y de declarar, etc.

4 - ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN VULNERABLE

- 4.1 PERSONAS INMIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR
 - 4.1.1 *Compromiso de pago y facturación de la asistencia de urgencia*
 - 4.1.2 *Garantía de la continuidad asistencial*
- 4.2 ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE FRAGILIDAD
 - 4.2.1 *Menores de edad*
 - 4.2.2 *Mayores con déficit cognitivo*
 - 4.2.3 *Las personas con enfermedad mental*
 - 4.2.4 *Las personas con discapacidad*
 - 4.2.5 *Los enfermos con padecimientos crónicos*
- 4.3 ATENCIÓN A PERSONAS CON INDICIOS DE RIESGO O CONFLICTO
 - 4.3.1 *Detección de situaciones de maltrato*
 - 4.3.2 *Situaciones de riesgo social*
- 4.4 PERSONAS EN CUSTODIA

4.2.1 Menores de edad

- Derecho del menor a estar acompañado de sus padres el máximo de tiempo posible durante su permanencia en el hospital
- Las UCI pediátricas presentan mayores limitaciones para la efectividad de este acompañamiento
- Disponibilidad de espacios específicos y separados de los adultos
- Servicio de urgencias singularizado o, en todo caso, con acceso propio y circuitos prácticamente independientes
- Habilitación de áreas específicas para menores en las salas de espera
- Exigencia de cualificación específica para los profesionales sanitarios que asisten a los menores en los SUH
 - *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*

4.3.1 Detección de situaciones de maltrato

- Los SUH -- observatorios privilegiados para la detección de situaciones de riesgo o maltrato
- El debate está centrado en los menores de edad, los mayores y las mujeres víctimas de violencia de género.
- Existencia generalizada de protocolos y herramientas dirigidos a la detección y notificación temprana
- Complejidad que entraña su detección ---actuación y la información en un entorno en el que puede estar presente el maltratador
- Necesidad de comunicar lo actuado en urgencias al nivel de AP, para que prosiga la investigación y la continuidad de los cuidados
- Las unidades de trabajo social resultan imprescindibles para coordinar las actuaciones

5.1 CALIDAD Y PRÁCTICA PROFESIONAL

• **5.1.1 *Práctica profesional***

- 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;

5.1 CALIDAD Y PRÁCTICA PROFESIONAL

• **5.1.1 Práctica profesional**

- Evaluación de riesgos y tratamiento sintomático; no procede un diagnóstico preciso (corresponde a otros niveles asistenciales)
- Expectativas de los pacientes (diagnóstico preciso y prescripción de un tratamiento). *Esta expectativa, aunque pueda ser errónea, viene alimentada, en ocasiones, desde otros niveles asistenciales, por médicos de AP o por especialistas, quienes, ante una situación de demora excesiva para las citaciones a consulta o para pruebas diagnósticas, aconsejan que se acuda a los servicios de urgencias*
- Se ha insistido en no convertir a los SUH en una «válvula de escape» de los problemas del sistema sanitario en su conjunto
- Coordinación más fluida entre los distintos niveles asistenciales
- Establecer criterios que permitan organizar las derivaciones a los SUH
- Es el criterio médico lo que determina la realización de pruebas diagnósticas en los SUH, sin apreciar limitaciones u órdenes derivadas de otras instancias y no fundadas en criterios clínicos
 - *(es visto por algunos pacientes como una restricción o recorte encubierto, lo cual no ha podido ser objetivado en el proceso de preparación de este estudio)*

5.1 CALIDAD Y PRÁCTICA PROFESIONAL

- **5.1.2 La calidad y la acreditación de los SUH**
 - Se están introduciendo, de forma progresiva, sistemas formales de gestión de calidad, (Normas ISO-9000; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ; el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM).
 - La gestión por procesos es el método idóneo para lograr la calidad total en el proceso asistencial
 - Existen en los SUH, manuales o guías de calidad (*aspectos de seguridad o protocolos de riesgos*) correctamente elaborados pero que no suelen llevarse a la práctica
 - La Administración sanitaria, no suele prestar suficiente interés a este aspecto de la gestión de la calidad (*promovidas por los propios SUH*)
 - Necesidad de potenciar el uso de indicadores de calidad, debiendo implicarse en la tarea, quienes tengan funciones directivas en los SUH

5.1 CALIDAD Y PRÁCTICA PROFESIONAL

• **5.1.2 La calidad y la acreditación de los SUH**

- Los SUH disponen de protocolos de asistencia, (elaborados por ellos, o importados de otros centros)
- Baja adherencia a los protocolos (fundamentalmente por quedar obsoletos)
- Dificultad de cumplir sus previsiones, a pesar del tiempo y esfuerzo que se invierte en realizarlos y en llegar a acuerdos con AP y AE.
- La acreditación de centros y servicios sanitarios se viene imponiendo como el **método de garantía de calidad** de más amplia aceptación
- La acreditación de los SUH es un mecanismo útil para asegurar un estándar de calidad adecuado
- Resulta apropiado incorporar la percepción del paciente y las valoraciones que realiza (reclamaciones o sugerencias) como elementos relevantes en la fijación de estándares.

5.2 EVALUACIÓN DE LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

- Especial importancia una eficaz recepción, tramitación y contestación de todas las sugerencias y quejas de los usuarios o pacientes
 - Impresos normalizados
 - Contestar siempre y expresamente las mismas
 - Constituye un instrumento excepcional y muy valioso para la evaluación de la calidad asistencial
 - Permiten detectar deficiencias y ámbitos susceptibles de mejora e introducir las correspondientes medidas correctoras o modificaciones en el funcionamiento de los servicios.

5.2 EVALUACIÓN DE LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

- **5.2.1 Funcionamiento del sistema de reclamaciones y sugerencias. Visión de los agentes implicados**
 - Consenso generalizado en que debe fomentarse la cultura de la reclamación y de la participación
 - No deben verse como una amenaza
 - Los pacientes ven excesiva burocratización en su tramitación y gestión
 - Se debe garantizar una investigación y actuación ágiles
 - Garantizar la respuesta a los reclamantes en el tiempo más breve posible
 - Importante que intervengan los profesionales implicados
 - Los reclamantes recibirán respuestas que reflejen la investigación, realizada, participantes, conclusiones y medidas a adoptar
 - Profesionales --- (una herramienta de sencilla aplicación, de muy escaso coste y de alta utilidad que nos ofrece información directa
 - Utilidad de las encuestas de satisfacción a los pacientes

5.2 EVALUACIÓN DE LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

- **5.2.2 Taxonomía de reclamaciones y sugerencias. Aspectos objeto de reclamación más frecuente**
 - Tiempos de espera (*clasificación o 1ª 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
 - Calidad de la información a los pacientes y acompañantes.

5.2 EVALUACIÓN DE LAS RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

- Reclamaciones a los SUH 10% - 15% del total
- Los tiempos de espera o demora constituyen el principal motivo
- Falta de información en situaciones de espera
- La adecuada información sobre tiempos de espera reduce las reclamaciones (entre el 70% y el 80%,)
- Omisión de la práctica de pruebas complementarias en los casos en que el paciente ve precisa su indicación
- Aspectos vinculados al derecho a la intimidad de los pacientes (*sobreocupación de los SUH o condiciones de confort*)
- Reticencia de los pacientes a reclamaciones referentes a la actuación médica (temor a cuestionar a los facultativos; respeto reverencial)