

**LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS
HOSPITALARIOS :UNA
REFLEXIÓN DESDE LA
ÉTICA**

Comitè de Bioètica de Catalunya

MAYO 2017

**Los servicios de urgencias hospitalarios:
una reflexión desde la ética**

Grupo de Trabajo del Comité de Bioética de Cataluña

A. Carreras, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol; M. Morlans, Comité de Bioética de Cataluña (CBC), (coordinadores); I. Berdés, Hospital Universitario Bellvitge; M. Broggi, CBC; J. M. Busquets, CBC; J. Escarrabill, Hospital Clínic, CBC; G. Gálvez, Hospital Universitario Vall d'Hebron; M. Jovells, F. Althaia, C. Júdez, Fundació Hospital de l'Esperit Sant; N. Martí, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol; M. Puig, Hospital de Sant Pau; A. Puyol, UAB, CBC; N. Roger, Consorcio Hospitalario de Vic; R. Ruiz, AP Barcelona, y A. Tombas, Asociación de Pacientes

Mayo de 2017

Índice

Introducción

La especificidad de los servicios de urgencias hospitalarios. Factores intrínsecos

Actividad continua

Demanda elevada y en crecimiento progresivo

Afluencia discontinua

Necesidad de priorizar: la clasificación

Aproximación diagnóstica difícil

Importancia del factor tiempo

Necesidad de observación

Urgente no siempre es grave, y grave no siempre es urgente

Necesidad de coordinación interna y externa

Mortalidad

Ansiedad y expectativas

Impacto en la dinámica de los hospitales

Impacto en la satisfacción de los usuarios

Los servicios de urgencias hospitalarios y la red asistencial. Factores extrínsecos

Enfermedad crónica evolucionada

Marginalidad social y vulnerabilidad

Violencia doméstica

Final de vida

El trabajo social en los SUH

Los servicios de urgencias hospitalarios: una reflexión desde la ética

La experiencia del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios y la respuesta de las organizaciones

La respuesta institucional

La experiencia del paciente: escuchar, participar y actuar

El respeto a las personas en los servicios de urgencias. Derechos y deberes

Identificación y presentación de los profesionales

Trato

Gestión del tiempo

Intimidad

Accesibilidad

Seguridad

Confidencialidad

Consentimiento

Consentimiento de los menores

Final de vida

Evaluación

Recomendaciones

1. *Cambio de paradigma en la ordenación y priorización de la asistencia: de los servicios de urgencias hospitalarios a la atención primaria y comunitaria*
2. *Información a la ciudadanía sobre los centros de atención continua y otros dispositivos de urgencias*
3. *Coordinación con la red asistencial: el enfermo crónico descompensado, asistencia adecuada en las residencias geriátricas y otros dispositivos*
4. *Gestión y comunicación personalizada de los criterios para priorizar la atención y sobre los tiempos de resolución*
5. *Actitud de los profesionales para promover la confianza: trato respetuoso, presentarse, presentar el relevo, informar, pedir el consentimiento, garantizar la confidencialidad*
6. *Actitud de los profesionales con los enfermos vulnerables*
7. *Atención a la dicotomía entre intimidad y seguridad: espacios y actitudes profesionales*
8. *Accesibilidad de los acompañantes*

9. *Competencias específicas de los profesionales de los SUH. Asistencia supervisada (tutores) y responsabilización progresiva de los profesionales en formación*
10. *Atención en el final de la vida*
11. *Implicación del comité de dirección*

Introducción

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son considerados y percibidos como unos dispositivos básicos en todo sistema de salud por su capacidad de atender procesos patológicos graves o que lo pueden ser en un breve periodo de tiempo con un posible resultado de muerte o que requiere un diagnóstico y tratamiento inmediato para evitar el sufrimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la urgencia médica como “la 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”.¹ Esta percepción personal o familiar hace que en ocasiones se produzcan consultas por problemas poco graves que podrían ser resueltos en otros dispositivos asistenciales.

De las casi 4 millones de asistencias realizadas en los 82 SUH catalanes durante el año 2011, entre el 7 y el 12% fueron motivo de ingreso con un índice de mortalidad en el propio servicio del 0,05%.² Así pues, los SUH realizan una actividad intensa y muy diversa: se atienden desde patologías con riesgo vital y que requieren atención inmediata (paro cardiorrespiratorio) hasta enfermedades graves o potencialmente graves que requieren diagnóstico o tratamiento en el ámbito hospitalario (politraumatismo, infarto agudo de miocardio), pero también procesos urgentes poco graves, algunos de los cuales requieren el ámbito hospitalario (por ejemplo desprendimiento de retina, pielonefritis) para el diagnóstico y las primeras horas de tratamiento y observación, aunque no necesariamente ingreso. Finalmente, los SUH atienden a un grupo de pacientes (en torno al 40-50%) que podrían ser atendidos en los centros de urgencias de atención primaria (CUAP), dispositivos de atención urgente disponibles las 24 horas con una resolución intermedia. En cambio, un 15% de la población (ancianos, pacientes frágiles o con patologías crónicas) utilizan los SUH de manera recurrente, fruto de la reagudización de sus patologías.³ En ocasiones, las personas con enfermedades crónicas evolucionadas y las que son dependientes y no disponen de los apoyos necesarios cuando sufren una

¹ Disasters & Emergencies Definitions. Training Package. WHO/EHA. Addis Abeba: Panafrican Emergency Training Centre; 2002.

² Miro, O., Escalada, X., Gené, E. et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias* 2014; 26: 19-34.

³ AEVAL, *Calidad de los servicios públicos en tiempos de austeridad*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2014.

agudización o empeoran tienen tasas de frecuentación altas en los SUH, derivadas de sus problemas de salud o de una necesidad social.

En Cataluña casi el 50% de los ingresos hospitalarios proceden de urgencias.⁴ Esta cifra puede aumentar en caso de epidemia, como la gripe estacional, o en caso de accidentes o catástrofes. A menudo estos picos de actividad, algunos previsibles, aumentan la presión sobre los hospitales, lo que tensiona los ingresos programados y la actividad cotidiana hospitalaria. En algunos centros, el funcionamiento del SUH está integrado y coordinado con el funcionamiento hospitalario a través de la dirección del centro, aunque por desgracia eso no pasa en todos los casos.

La diversidad y la complejidad de situaciones vividas en los SUH exigen una capacitación, formación y experiencia profesional específicas. Los profesionales de urgencias a menudo tienen que trabajar en un entorno de saturación, donde hay que tomar decisiones complejas de forma rápida y supervisar de manera continua la actividad de los residentes que allí trabajan. El impacto sobre las personas que tienen que ser atendidas en el SUH también es muy importante. El tiempo de espera sumado a la incertidumbre es un sufrimiento mitigable. Las visitas al SUH, especialmente para las personas que sufren una enfermedad crónica, implican contactos con múltiples profesionales sanitarios diferentes, la exposición a pruebas diagnósticas y tratamientos de riesgo, así como cambios de medicación o introducción de nuevos tratamientos, todos ellos hechos que implican riesgos para el paciente.

La atención urgente puede eximir de pedir el consentimiento de la persona enferma solo en situaciones muy concretas, cuando el paciente o su familia no pueden atender las explicaciones o formular respuestas. Aparte de estas excepciones, está el tiempo suficiente para informar y recabar el consentimiento. La presión asistencial en los SUH no puede ser un argumento para excusar la falta de exigencia o la subestimación al respecto de los derechos de las personas atendidas.

La información al enfermo y a sus familiares es un elemento clave y contribuye a reducir la angustia y la incertidumbre que genera una situación vivida como urgente, como una

⁴ Institut d'Estadística de Catalunya. Activitat hospitalària 2013. Generalitat de Catalunya; 2014. <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=837&lang=es>

amenaza grave a la salud. Así, otro factor clave es la percepción diferente del tiempo por parte de los pacientes y los profesionales. Mientras que para los profesionales es una variable de proceso y, por lo tanto, se prioriza la atención según la gravedad esforzándose en el diagnóstico y la estabilización del enfermo, con la consiguiente demora en la atención de los menos graves, para el enfermo y sus acompañantes el tiempo es una variable de resultado y, como tal, muy preciada.⁵ Para quien tiene una duda sobre su estado de salud con la percepción de posible gravedad, el tiempo que transcurre sin la información pertinente genera angustia y sufrimiento. Lo mismo les puede pasar a los familiares que esperan y no tienen noticias de la persona enferma. En los SUH se puede generar sufrimiento evitable si no se tiene en cuenta la gestión del tiempo y la información.

En gran parte, el sufrimiento generado por el tiempo de espera se puede atenuar o se puede ayudar a soportar con la información adecuada que, en la medida de lo posible, puede, si bien no eliminarse, sí acotar la incertidumbre. La actitud del profesional puede resultar reconfortante cuando, al sentarse al lado del enfermo o apretándole la mano, le muestra su predisposición a escucharlo y ayudarlo.⁶

El papel clave de los SUH en el buen funcionamiento de nuestro sistema de salud es incuestionable. Por sus características, existe una dificultad intrínseca para establecer una relación clínica con el paciente, especialmente en circunstancias de elevada presión asistencial. Los profesionales de urgencias requieren de una capacitación específica en ese sentido.

Este documento pretende estimular la reflexión sobre las expectativas, las percepciones y las actitudes de las personas implicadas —los ciudadanos, los profesionales y los gestores sanitarios— y formular unas recomendaciones que propicien el establecimiento de relaciones de confianza. Explicitar los principios que sustentan los derechos y los deberes de los ciudadanos y de los profesionales e identificar el perfil de las personas más vulnerables. También tendría que servir para orientar a los ciudadanos sobre la función de los SUH y las limitaciones que pueden constreñir sus derechos en el contexto de una

⁵ Portero ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010; 363: 2477-81.

⁶ R. Bayés. Los tiempos de espera en medicina. Med Clin 2000;114:464-7.

file:///F:/DOCS/SUH.%20CBC/Los%20tiempos%20de%20espera%20en%20medicina%20_%20Medicina%20Clínica.html

emergencia. Las recomendaciones aquí propuestas tienen por objetivo fomentar el debate social sobre la función de los SUH y su utilización, además de poner en valor el respeto de los derechos de las personas atendidas, al identificar y promover las actitudes profesionales favorecedoras de una relación clínica de calidad. A los ciudadanos y los profesionales les corresponde decidir si las hacen suyas.

La especificidad de los servicios de urgencias hospitalarios. Factores intrínsecos

En los SUH hay una serie de aspectos intrínsecos y propios de la urgencia médica, que se deben asumir, y en contraposición, hay un conjunto de aspectos extrínsecos o circunstanciales, que no son propios de la urgencia como tal, sino asociados históricamente a la misma y, por lo tanto, potencialmente modificables, los cuales se deben replantear.

Actividad continua

La asistencia en los SUH no tiene horario, cubre las 24 horas del día de todos los días del año. Eso implica un importante desgaste estructural y de equipamientos, así como la necesidad de un gran equipo de profesionales (facultativos, enfermería, administrativos y personal de apoyo) que permita dar cobertura asistencial a lo largo de todo el calendario. Por lo tanto, se entiende que se establecerán equipos en mayor o menor grado rotatorios, lo cual implica la posibilidad de que haya variabilidad en las actitudes y las actuaciones. Los protocolos asistenciales y las guías de práctica clínica pueden ser buenos instrumentos para asegurar la máxima homogeneidad de las pautas de actuación en los SUH.

Demanda elevada y en crecimiento progresivo

En los últimos dos años, se ha producido un incremento en la demanda y la complejidad de la atención urgente, especialmente en los hospitales. Los datos proporcionados por la *Encuesta de salud de Cataluña 2013*⁷ muestran que los ciudadanos de más de 14 años que solicitaron atención urgente durante el año anterior fueron más de dos millones, un 31,8% de la población total. Según la misma encuesta, el 84,3% de estas consultas tuvo lugar en dispositivos de la red pública. Considerando todas las consultas, el hospital público es el primer dispositivo utilizado por los usuarios de más de 14 años (57,2%) y la red de atención primaria (AP) del CatSalut, con el 27,1% de las visitas, es el segundo. En el conjunto del Estado español el ritmo de crecimiento parece establecerse en torno al 4% anual.

⁷ Encuesta de Salud de Catalunya 2013. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2015. http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1570/enquesta_salut_catalunya_informe_principals_resultats_2013.pdf?sequence=1

El envejecimiento de la población, la accesibilidad de los SUH, las expectativas o la confianza en la atención hospitalaria, la demora en la atención electiva y la cultura de la inmediatez, entre otros, son los motivos propuestos para explicar este crecimiento constante.

Teniendo en cuenta que el 80% de los pacientes acude por iniciativa propia y que el 40% de las consultas se considera procesos leves, se discute la conveniencia de instaurar medidas correctoras de lo que se podría denominar “sobreutilización” de los SUH. No obstante, estos intentos por contener la demanda, evitando las consultas no consideradas verdaderas urgencias, no están exentos de dificultades técnicas y éticas.

Afluencia discontinua

La afluencia a los SUH no es uniforme a lo largo del día y sigue una curva de distribución horaria bastante típica (distribución bimodal), que se reproduce con pequeñas variaciones en la mayoría de los centros hospitalarios. Durante el periodo nocturno hay una menor afluencia, con un incremento progresivo a partir de las 8 horas y un pico hacia las 11-13 horas, con un segundo pico hacia las 16-18 horas, para después decrecer progresivamente durante la noche. La observación de este comportamiento indica que los horarios de consulta están determinados, en su mayoría, no tanto por la presentación clínica de la urgencia sino por los ritmos sociales. Del mismo modo, la distribución en los días de la semana tampoco es regular y, aunque varía según los centros, hay días con una mayor afluencia clara, fundamentalmente los lunes. Asimismo, a lo largo del año la demanda asistencial sufre importantes variaciones en relación con los periodos de vacaciones (movimientos demográficos), las epidemias de virus respiratorios, los cambios climáticos y atmosféricos y los acontecimientos sociales. Todo ello implica que se tengan que planificar los recursos de los SUH y los hospitales con una cierta flexibilidad para adaptarlos a unas necesidades cambiantes y cíclicas.

Necesidad de priorizar: la clasificación

En urgencias, la afluencia discontinua y no programada implica la coincidencia en el tiempo de diferentes pacientes que consultan simultáneamente. Se establece entonces la necesidad de priorizar, utilizando como criterio fundamental la presunción de gravedad. En la mayoría de los SUH españoles se realiza sistemáticamente una tarea de clasificación inicial, lo habitual es que corra a cargo de personal de enfermería con experiencia en una

escala estandarizada, en su mayoría el modelo andorrano de triaje (MAT) modificado y adaptado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Este sistema permite distinguir cinco niveles de prioridad que establecen tiempo de visita inicial, de revalorización y un índice aproximado de ingreso. Los cinco niveles de priorización según la gravedad que presentan los pacientes son los siguientes:

- Nivel I: resucitación inmediata
- Nivel II: emergencias o muy urgente
- Nivel III: urgencia con potencial riesgo vital
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente compleja, sin riesgo vital
- Nivel V: no urgente

Aproximación diagnóstica difícil

En líneas generales, el proceso diagnóstico en los SUH es más dificultoso que en otros ámbitos asistenciales. Habitualmente se tiene que realizar de forma rápida, a veces sin disponer de una adecuada historia clínica debido a la situación del paciente (inconsciencia, desorientación, trastorno del lenguaje, demencia, gran ansiedad), falta de acompañantes o de informes clínicos previos. Asimismo, la exploración física puede ser dificultosa y el número de exploraciones complementarias puede ser limitado. Todas estas circunstancias implican que no siempre la aproximación diagnóstica sea fácil y que a veces tan solo se pueda llegar a un diagnóstico sindrómico o incluso únicamente se pueda hacer un planteamiento de exclusión de gravedad. También hay que tener en cuenta aquí el factor evolutivo, ya que con frecuencia la expresividad de la enfermedad cambia; en urgencias vemos una instantánea y, unas horas o días más tarde, un cuadro clínico se hace evidente, cuando al inicio los síntomas eran inespecíficos o mal definidos.

Importancia del factor tiempo

En la medicina de urgencias siempre es conveniente obtener con rapidez un diagnóstico y un plan de actuación con el fin de poder agilizar el proceso asistencial, pero hay enfermedades en las que resulta crucial el diagnóstico y el tratamiento precoces. Así, la asistencia tiene que ser obviamente inmediata en los pacientes con paro cardiorrespiratorio (PCR) y en los pacientes politraumatizados, pero también en otras entidades ya se han establecido los márgenes de tiempo aceptables para el inicio del tratamiento como, por ejemplo, en el Código IAM (infarto agudo de miocardio), Código

ictus, Código sepsis. En estas circunstancias, las guías clínicas pueden ser útiles para facilitar la toma de decisiones y minimizar la posibilidad de error, a la vez que tienen un gran valor médico-legal.

Necesidad de observación

Hay un grupo de pacientes en los que resulta fundamental la observación clínica a la espera de aclarar un diagnóstico o evaluar la respuesta a un tratamiento. La evolución de algunos síntomas y signos o los datos de algunas exploraciones complementarias (electrocardiograma, marcadores miocárdicos, gammagrafía pulmonar, etcétera) pueden aclarar un diagnóstico y decidir la necesidad o no de ingreso. Por otra parte, algunos procesos son tributarios de recibir el tratamiento inicial y evaluar en las horas siguientes la evolución clínica, que si es favorable posibilita el seguimiento ambulatorio, lo que evita el ingreso convencional, y si no lo es reafirma la necesidad de ingreso. Las unidades de observación y de corta estancia, gestionadas por el propio SUH, resultan claves en el desarrollo de esta función y garantizan la seguridad clínica del paciente.

Urgente no siempre es grave, y grave no siempre es urgente

A veces, la enfermedad urgente y grave coinciden, pero no siempre. Como dato orientativo, solo el 2% de las consultas en urgencias requiere ingreso en una unidad de cuidados críticos, un 25-30% se puede considerar urgencias graves y hasta un 70% se considera urgencias leves. No obstante, consideramos que la realidad es probablemente un poco más compleja. Hay un grupo de procesos que requiere asistencia rápida aunque no se trate de cuadros graves. Así, un cólico renal o una intensa otalgia pueden alarmar al paciente y requerir orientación y alivio rápidos, aunque no son enfermedades graves. Por otra parte, hay una serie de circunstancias clínicas que pueden revestir una especial gravedad pero que no requieren una actuación inmediata. Como ejemplo, el hallazgo de un nódulo pulmonar no necesita asistencia urgente (aunque puede implicar gravedad), sobre todo si se puede realizar su estudio en un plazo de tiempo razonable. Así pues, es necesario asumir la enfermedad urgente, la cual requiere una actuación preferente, ya tenga más o menos gravedad, dado que es difícil implicar en la discriminación al propio paciente. Pero para la enfermedad no urgente es necesario establecer otros dispositivos asistenciales (consultas rápidas, hospitales de día), adecuados y diferenciados de las urgencias.

Necesidad de coordinación interna y externa

De todo lo que se ha expuesto anteriormente, se deduce que dentro del hospital la relación con los servicios centrales (laboratorios, diagnóstico por imagen, especialidades clínicas, endoscopia digestiva y respiratoria, medicina intensiva, anestesia, entre otros) es fundamental. Fuera del hospital es primordial la coordinación con sistemas de emergencias prehospitalarios y de transporte crítico interhospitalario, así como con la atención primaria, otros hospitales, centros geriátricos y transporte sanitario convencional.

Mortalidad

Aunque la atención a pacientes con paro cardiorrespiratorio (PCR), politraumatismo, síndrome coronario agudo y enfermedad cerebrovascular aguda, entre otros procesos, comporta un cierto índice de mortalidad en urgencias, la mortalidad global en los SUH es baja. Los profesionales de los SUH deben tener formación y experiencia para saber comunicar adecuadamente la muerte imprevista de un paciente a sus familiares. Sin embargo, en las defunciones del área médica, en la mayoría de los casos (entre el 53 y el 80%) los pacientes tienen graves enfermedades de base, neoplásicas, cardíacas o respiratorias, que hacen que la muerte sea ya previsible en el momento del ingreso. En estos casos, sería deseable, tanto para el paciente y los familiares como para el propio SUH, que este último episodio hubiera sido conducido de otra manera. Un SUH no es probablemente la mejor opción para estas situaciones.

Ansiedad y expectativas

En los SUH los pacientes y familiares presentan con frecuencia una alta carga de ansiedad, en unas ocasiones debido a la aparición repentina y grave del proceso clínico, en otras, ante una expectativa de solución rápida a su problema que finalmente se ve frustrada. Por todo ello los profesionales de los SUH deben tener experiencia y formación para gestionar estas situaciones, dedicando tiempo a informar y adoptando una actitud empática. Sin embargo, en las condiciones actuales, la relación médico-paciente en los SUH es difícil y, a veces, la confrontación genera conflictos que ocasionan reclamaciones y denuncias.

Impacto en la dinámica de los hospitales

Los SUH son, en la mayoría de los centros, la puerta de entrada para muchos pacientes. Entre un 50 y un 70% de los ingresos hospitalarios se genera después de un episodio urgente. Esta presión de urgencias establece en muchos centros una auténtica “competencia” por las camas hospitalarias con los ingresos programados.

Además de los aspectos cuantitativos, los SUH tienen una gran incidencia desde el punto de vista cualitativo, ya que la actividad diagnóstica y terapéutica desarrollada en urgencias determina la evolución posterior de los enfermos ingresados en las diferentes unidades y servicios con respecto a la resolución del proceso, la estancia, las complicaciones y la satisfacción del paciente. De algún modo, asegurar la calidad asistencial en urgencias ejerce probablemente un efecto facilitador de la calidad global en el hospital.

Impacto en la satisfacción de los usuarios

Las urgencias hospitalarias son el recurso más utilizado y, por lo tanto, el que tiene más impacto mediático. La satisfacción/insatisfacción de los ciudadanos en relación con los servicios asistenciales en general está fuertemente condicionada por la calidad técnica y, sobre todo, por la calidad percibida en las urgencias hospitalarias. Además, los SUH determinan en gran parte la imagen que los ciudadanos tienen de los hospitales.

A pesar de que en general las valoraciones por parte de los usuarios de la atención que se presta en los SUH (PLAENSA, Atención urgente hospitalaria, 2016⁸) reflejan una elevada satisfacción, hay un margen de mejora hasta conseguir resultados de excelencia.

Los servicios de urgencias hospitalarios y la red asistencial. Factores extrínsecos

Los cambios demográficos en los países desarrollados y su impacto en la supervivencia de la población constituyen un reto a la hora de concebir y adaptar los servicios asistenciales a las nuevas necesidades. Y, a menudo, los cambios pueden quedar desfasados en poco tiempo. Este impacto de la demografía es especialmente relevante en

⁸ Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut. Atenció urgent hospitalària, 2016. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/enquestes_satisfaccio/atencio_urgent_hospitalaria/2016/informe_resultats_globals_atencio_urgent_hospitalaria_2016_cat.pdf

el caso de los hospitales generales que todavía clasificamos como de agudos y en uno de sus servicios básicos y puerta de entrada, los SUH, concebidos en su origen como lugares de atención de problemas de salud agudos y graves.

Enfermedad crónica evolucionada

Según la *Encuesta de salud de Cataluña 2014*, el 82,8% de los mayores de 74 años sufre un trastorno crónico y el 34% de la población ha sufrido cuatro trastornos crónicos con un 15% de la población afectada por una discapacidad y un 10% que necesita la ayuda de una o más personas para las actividades diarias.⁹ La asistencia de las recaídas y agudizaciones de las enfermedades crónicas es el motivo por el que la utilización de los SUH es más frecuente a medida que la enfermedad evoluciona y se incrementa en el último año de vida.¹⁰ Pero esta utilización recurrente de los SUH pone a prueba la coordinación de los servicios asistenciales que resultan clave y no siempre es factible con los inconvenientes que genera la fractura de la continuidad asistencial. Cuando la enfermedad crónica ha evolucionado y se debe a la dependencia con expectativas de vida limitadas, la asistencia hospitalaria no tiene por qué ser considerada como la única alternativa posible. A menudo lo es más debido a la falta de cuidador que a la necesidad de la asistencia que puede ser atendida en otros dispositivos.

A medida que la enfermedad crónica evoluciona, el objetivo terapéutico se va desplazando gradualmente hacia la paliación, de modo que, en las fases más avanzadas, cuando las expectativas de vida son limitadas, el esfuerzo terapéutico se tiene que dirigir hacia el control de los síntomas, el bienestar y el confort físico, psíquico y espiritual del enfermo. Se tiene que promover el cambio de paradigma en la atención a la enfermedad crónica avanzada, de modo que los recursos sanitarios se adapten con flexibilidad a la evolución de las necesidades de la persona a medida que la enfermedad progresa.

La experiencia de los equipos de curas paliativas puede y tiene que servir de referente para los equipos asistenciales básicos y los centros sociosanitarios, que son los mejor

⁹ Enquesta de Salut de Catalunya 2014. Barcelona, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2015.
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onda09/esca2014_resultats.pdf

¹⁰ Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005; 330: 1007-11.

emplazados para ofrecer una atención integral que contemple no solo los tratamientos específicos para controlar la enfermedad sino los tratamientos sintomáticos y las necesidades derivadas de la dependencia.¹¹ En este contexto, los SUH y los dispositivos de corta estancia que forman parte de los mismos pueden dar apoyo puntual, lo que contribuye a la eficiencia del uso de estos dispositivos asistenciales y la coordinación del ingreso y el alta con los responsables de la atención básica.

Marginalidad social y vulnerabilidad

Uno de los motivos de desigualdad de hecho en el acceso a los servicios asistenciales es la ignorancia, la falta de información, el no saber cómo acceder o utilizar de manera adecuada los recursos que un sistema sanitario de cobertura universal pone al alcance de todo el mundo. Una de las consecuencias que comporta la pobreza es que desequilibra de manera injusta la capacidad que tienen las personas de convertir los recursos en bienestar.¹² Y esta carencia es especialmente manifiesta entre la población marginal o en riesgo de ser marginada. No solo la pobreza sino también la inmigración, con las dificultades de comunicación debidas a las diferencias culturales, pueden constituir un obstáculo a la hora de acceder a los servicios asistenciales.

La falta de información, de comunicación fluida con los profesionales asistenciales y de ayuda familiar incide negativamente en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Su evolución depende principalmente de la adhesión terapéutica que no se ve favorecida por el aislamiento social y la falta de apoyo, así como por unas condiciones de vida alejadas de los mínimos higiénicos exigibles. La discontinuidad en la asistencia y en el tratamiento es la causa frecuente de que se contacte con los servicios asistenciales por el agravamiento de la enfermedad cuando ya requiere una atención urgente. Los SUH se convierten para la población más desprotegida socialmente en la única solución a su alcance, como el recurso más accesible cuando la enfermedad se complica.

La identificación de las personas en condiciones de vida precaria, marginadas o en riesgo de serlo y que sufren una enfermedad crónica tendría que propiciar la colaboración entre los equipos de atención primaria y los servicios sociales con el fin de proporcionar una

¹¹ Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2012; 0: 1-9.

¹² Puyol, A. *Justícia i salut: ètica per al racionament dels recursos sanitaris*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions; 1999.

atención personalizada integral que contemple los aspectos médicos y sociales. El seguimiento y la supervisión continua tendrían que tener en cuenta, entre otros objetivos, la adhesión terapéutica a los programas de rehabilitación. En estas circunstancias, el uso de los SUH tendría que ser un recurso excepcional, programado y planificado y no la única forma de acceder a los servicios asistenciales como pretenden algunas iniciativas legislativas que quieren excluir a los colectivos que no cotizan en la Seguridad Social.

La exclusión de la asistencia pública de colectivos como los inmigrantes sin papeles o los jóvenes en paro no les deja otra puerta de entrada al sistema que los servicios de urgencia, medida contradictoria con la aparente finalidad de la medida, el ahorro de recursos. La atención exclusiva de los que no tienen seguro a través de los servicios de urgencia representa, como es evidente en los EE. UU., un mayor gasto sanitario. Los enfermos reciben atención más tarde y con complicaciones más graves que requieren estancias hospitalarias prolongadas. A su vez, la atención indiscriminada en todo tipo de pacientes distorsiona el funcionamiento de los servicios de urgencias y contribuye a su ineficiencia.¹³

Violencia doméstica

La relación con el medio sanitario de muchos pacientes víctimas de violencia doméstica se inicia después de consultas en urgencias por lesiones traumáticas, intentos de violación, intoxicaciones con tentativa de suicidio, crisis de ansiedad o cuadros inespecíficos en los que se basan síndromes depresivos. Los profesionales de los SUH deben tener un elevado grado de sensibilidad sobre este tema y detectar los posibles casos de maltratos, así como actuar de forma protocolizada.

Final de vida

Los SUH no son el lugar adecuado para agonizar y morir. Que la muerte sea debida a la evolución de una enfermedad aguda y grave, de un traumatismo o de cualquier otro proceso patológico urgente es una situación muy diferente de la que sufre el enfermo al final de la vida como consecuencia de la evolución de una enfermedad crónica con un final previsible. De hecho, más de la mitad de las muertes en Cataluña tienen lugar en el

¹³ Morlans, M. Per un Sistema Nacional de Salut d'accés universal, equitatiu i eficient. Servei d'Informació Col·legial COMB. 2012; 136: 10-11.

ámbito hospitalario,¹⁴ con una frecuencia más elevada que en otros países europeos.¹⁵ Son muchos los factores que predisponen a recurrir a los hospitales y a su puerta de entrada más accesible, los SUH, en estas circunstancias.

La cultura social sobre lo que rodea la muerte y su acompañamiento hace de este tráfico una cuestión institucionalizada, paradójicamente alejada del ámbito privado, familiar. Asumimos que se muere fuera de casa y el luto se desarrolla en el tanatorio. Y no todo el mundo puede escoger dónde morir. No es lo mismo sufrir una enfermedad aguda y grave que una enfermedad crónica evolucionada y con una expectativa de supervivencia limitada. Cuando se da esta circunstancia hay que asumir la irreversibilidad de la enfermedad, aceptarla y dedicar la atención a procurar el confort y el bienestar físico y espiritual del enfermo. Una condición para poder morir en casa es que el enfermo y sus familiares lo acepten y que haya un equipo profesional dispuesto a prestar los cuidados y la atención necesaria.¹⁶ Pero no basta con estos requisitos, pues, se necesitan, además, uno o más cuidadores que velen por la persona y atiendan sus necesidades básicas. Esta última es una de las carencias más frecuentes que puede motivar el ingreso en centros de agudos de personas al final de la vida cuando llega el momento que no pueden valerse por sí mismas. Los centros sociosanitarios y las residencias para personas mayores palían este déficit de cuidadores y pueden atender la agonía siempre que lo asuman como un servicio propio y cuenten con el equipo de profesionales adecuados.¹⁷

Tal como se ha dicho, son muchos los factores y elementos de la red asistencial que pueden contribuir a atender a las personas que, de una manera previsible, se encuentran al final de la vida. Pero en aquellos casos en los que los SUH son el único recurso accesible, los profesionales se tienen que emplear en el trato adecuado, procurando que la estancia sea lo más corta posible y disponiendo el ingreso en el espacio adecuado para

¹⁴ Institut d'Estadística de Catalunya. Activitat hospitalària 2013, Generalitat de Catalunya; 2014. <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=837&lang=es>

¹⁵ Van der Helde, A. et al. End-of-life decision-making in six European Countries: descriptive study. *Lancet*. 2003; 362: 345-350.

¹⁶ Grup d'Ètica de la CAMFYC. Acompanyar fins a la mort. Reflexions de la pràctica quotidiana nº 9. Barcelona: 2012.

¹⁷ Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions als professionals sanitaris per l'atenció al final de la vida. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/05/recomanacions_professionals_final_vida.pdf

asistir la agonía, así como facilitando el acceso a los familiares y, si es el caso, a quien pueda proporcionar ayuda espiritual de acuerdo con las convicciones y creencias del moribundo.

El trabajo social en los SUH

En los enfermos más dependientes y vulnerables con riesgo de exclusión social es necesario realizar valoraciones médicas y sociales conjuntas con el fin de garantizar la atención integral a través de la colaboración interdisciplinaria. El objetivo es prestar una atención social desde el ingreso, coordinando y unificando las aplicaciones informáticas médicas y de valoración social para garantizar un abordaje integral en la atención de estas personas.

En la evaluación del triaje, se da el momento indicado para identificar los indicadores de riesgo social. Es el momento de activar el protocolo para que el trabajador social haga una primera toma de contacto. Establecer unos indicadores y facilitar la formación de los profesionales del triaje permite detectar a las personas con problemática social y ofrecer el asesoramiento y el acompañamiento social en el proceso asistencial por parte de la unidad de trabajo social. Hay situaciones especialmente problemáticas planteadas por las personas sin domicilio recogidas en la calle por los servicios de emergencias y de las que no se dispone de ningún tipo de información previa.

La gestión conjunta del alta médica y el alta social de las personas en riesgo de exclusión social y la coordinación con los servicios de emergencias sociales de la comunidad facilitan la cobertura social durante la convalecencia y pueden evitar reingresos innecesarios.

La experiencia del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios y la respuesta de las organizaciones

Las personas que acuden a los SUH deben hacer frente a tres variables que no controlan: el tiempo, el espacio y la incertidumbre. La realidad es que en muchos momentos del día y en muchas épocas del año los SUH están muy llenos y las personas se tienen que quedar durante mucho tiempo en situaciones poco confortables. Conocer la experiencia del paciente y de las personas que lo acompañan es clave para poder proponer soluciones. El informe PLAENSA es una primera aproximación a este problema enfocado al trato, la información y la confianza, el tiempo de espera y el confort. Los resultados son muy parecidos en las encuestas de los años 2013 y 2016. Hay puntos críticos muy evidentes que no han mejorado como, por ejemplo, la falta de supervisión durante el tiempo de espera y aspectos relacionados con la información sobre el tiempo de espera y la comunicación con los familiares. Es posible que, para poder hacer intervenciones más específicas, se requiera información local, pero, en cualquier caso, los grandes temas están sobre la mesa.

El tiempo, el espacio y la incertidumbre son fuente de sufrimiento para las personas que acuden a los SUH. Las tres circunstancias contribuyen a la sensación de “amenaza de la integridad de la persona”, que Cassel¹⁸ señala como uno de los motivos más importantes de sufrimiento. La sensación de pérdida de control es una fuente de sufrimiento. No es fácil resolver este sufrimiento para cada profesional sanitario de manera individual y, a veces, tampoco lo es para un dispositivo asistencial aislado (un hospital) o toda una organización sanitaria. Sin embargo, que no se pueda resolver del todo el sufrimiento no quiere decir que no se pueda mitigar. El tiempo, desde la perspectiva de la persona que acude al servicio de urgencias, no es el mismo que para el profesional. Esperar sin información es una fuente de sufrimiento mitigable.

El espacio también es el que es (y a menudo es uno de los elementos más difíciles de resolver porque se relaciona con inversiones importantes o ampliaciones físicamente muy difíciles). Además, para muchos pacientes, el espacio de urgencias entra en contradicción con las condiciones en las que se les ha atendido en otras áreas del hospital (por ejemplo, algunos pacientes inmunodeprimidos sufren en urgencias por la falta de aislamiento). Está

¹⁸ Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med 1982; 306: 639-45.

claro que, en ciertas circunstancias, el respeto a la intimidad es muy difícil. Pero la respuesta global de una organización, más allá del SUH, puede mitigar los problemas de espacio.

La incertidumbre se relaciona con la situación aguda y con el interlocutor. Por una parte, se sufre por el diagnóstico y el tratamiento de los problemas que han obligado a la persona a acudir a urgencias. Por otra parte, entrar en contacto con profesionales desconocidos genera incertidumbre tanto para estar seguros de que disponen de toda la información previa como para tener la seguridad de que las decisiones que se tomen en urgencias van a ser coherentes con el plan general de tratamiento en el caso de los pacientes que sufren enfermedades crónicas. La comunicación es una de las herramientas clave para mitigar el sufrimiento en el SUH.¹⁹

La respuesta institucional

El tiempo, el espacio y la incertidumbre no se resuelven solo desde el SUH. La atención urgente es una parte importante de las responsabilidades asistenciales de toda la institución y, por lo tanto, de todos los profesionales que la integran. En las organizaciones complejas (y un hospital lo es) un cambio en un ámbito alejado, aparentemente, del SUH puede tener un gran impacto en la atención urgente (por ejemplo, cerrar un hospital de día). Y, al revés, un cambio menor en el SUH puede implicar a toda la organización (incrementar el porcentaje de pacientes que ingresa a través de urgencias afecta a los ingresos quirúrgicos programados y, por lo tanto, tiene un gran impacto en la lista de espera).

Aunque el flujo de pacientes en el SUH es continuo, la máxima afluencia de pacientes se produce sistemáticamente durante la jornada laboral convencional (con dos picos entre las 11 y las 13 horas y las 16 y las 19 horas, aproximadamente). Es paradójico que la máxima afluencia se produce cuando todo el talento que hay en el hospital está trabajando en su horario laboral. El talento acumulado en los hospitales es muy grande. Los resultados a todos los niveles lo certifican, tanto si hablamos de alta tecnología como en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas. Estas paradojas entre los problemas en ciertas áreas del dispositivo asistencial con una buena valoración global se

¹⁹ Shah, S., Patel, A., Rumoro, D. P., Hohmann, S., & Fullam, F. Managing patient expectations at emergency department triage. *Patient Experience Journal* 2015; 2: 31-44.

dan en el ámbito local y en el ámbito general. El sistema sanitario obtiene valoraciones muy positivas. Papanicolas I y Smith PC, en un informe del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria,²⁰ afirman que el sistema sanitario del Estado español ocupa el tercer lugar en la valoración global pero, paradójicamente, esta buena valoración coexiste con protestas relacionadas con las listas de espera y el poco tiempo para la visita.

Esta paradoja se tendría que resolver a escala local a través de la implicación del talento existente en la resolución de problemas que afectan a muchas personas. No hay una solución global para resolver el problema de los SUH. No hay recetas y cada hospital debe diseñar su propio plan de mejora.

Al margen de las circunstancias específicas, la mejora del flujo de pacientes suele dar mejores resultados que las políticas de expansión del SUH.²¹ Ahí, en la mejora del flujo de los pacientes, es donde las intervenciones externas a los SUH pueden desempeñar un papel. El refuerzo y el apoyo activo con presencia física de los profesionales de los diferentes departamentos de las instituciones pueden ser clave para ayudar a agilizar el proceso de toma de decisiones en el SUH.

La manera como se organiza el trabajo al conjunto del hospital también puede tener impacto en el flujo de pacientes. Las políticas dirigidas a la estandarización del proceso de ingreso y del alta tienen impactos positivos en toda la organización (sobre la lista de espera, sobre los pacientes pendientes de ingreso en el SUH y sobre la estancia media, por ejemplo).²² Qué trabajo se desempeña a primera hora de la mañana (sesiones clínicas o tareas asistenciales), con qué insistencia se trabaja para dar altas antes de las 12 horas y de qué manera se utilizan los recursos alternativos a la hospitalización convencional son decisiones que tienen impacto en el flujo de pacientes en el SUH.

²⁰ Papanicolas I & Smith PC (ed). Health system performance comparison An agenda for policy, information and research. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, Berkshire (England). Open University Press. 2013.

²¹ Sayah, A., Lai-Becker, M., Kingsley-Rocker, L., Scott-Long, T., O'Connor, K., & Lobon, L. F. Emergency department expansion versus patient flow improvement: impact on patient experience of care. *The Journal of emergency medicine*, 2016; 50: 339-348.

²² Ortiga B, Salazar A, Jovell A, Escarrabill J, Marca G, Corbella X. Standardizing admission and discharge processes to improve patient flow: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 180.

En cuanto a la organización del flujo de pacientes en el hospital se constata la paradoja de trabajar intensamente de lunes a viernes y hacerlo con baja intensidad durante el fin de semana, en especial en la atención que se da a los pacientes más mayores o con enfermedades crónicas. Hay datos que sugieren que las personas que ingresan durante el fin de semana tienen una mortalidad a los treinta días superior a las que ingresan en días laborables,²³ sobre todo si sufren problemas médicos graves.²⁴ Es un motivo de controversia la propuesta hecha en el Reino Unido en el sentido de que los hospitales tienen que trabajar con la misma intensidad los siete días de la semana. Algunos estudios no confirman los beneficios del incremento de la actividad laboral de los especialistas durante el fin de semana²⁵ y queda claro que también hay un debate político sobre las condiciones laborales de los profesionales que tienen que apoyar esta política de trabajar siete días a la semana.²⁶

En cualquier caso, manifestar el interés por la calidad de la atención y el respeto a las personas atendidas en el SUH no se puede desvincular de la manera de funcionar de todo el hospital. Muy a menudo se dice que el conjunto del hospital vive al margen de los problemas del SUH. Aunque la percepción sea esta, especialmente desde el SUH, la atención urgente está inseparablemente vinculada al funcionamiento del hospital. Y es una pieza clave del mismo.

Una parte de las mejoras que se pueden implementar está claro que no depende de los profesionales individualmente y ni tan solo, en muchos casos, de aquellos que tienen ciertas responsabilidades de mando. Ahora bien, estas dificultades no tendrían que ser un pretexto para no tomar conciencia del problema, para evitar un análisis crítico de la propia tarea (individual o del servicio) y proponer sistemáticamente medidas efectivas, sostenibles y asumibles para mejorar la atención de las personas en el SUH.

La experiencia del paciente: escuchar, participar y actuar

²³ Freemantle N, Richardson M, Wood J, Ray D, Khosla S, Shahian D, et al. Weekend hospitalization and additional risk of death: an analysis of inpatient data. *J R Soc Med.* 2012; 105: 74-84.

²⁴ Bell CM, Redelmeier DA. Mortality among patients admitted to hospitals on weekends as compared with weekdays. *N Engl J Med.* 2001; 345: 663-8.

²⁵ Aldridge C, Bion J, Boyal A, Chen YF, Clancy M, Evans T, Gi, et al. Weekend specialist intensity and admission mortality in acute hospital trusts in England: a cross-sectional study. *Lancet* 2016; 388: 178-86.

²⁶ <https://www.theguardian.com/society/2016/jul/18/seven-day-nhs-unachievable-for-20-years-expert-claims> Acceso el 9 de diciembre de 2016.

Durante mucho tiempo los paradigmas que definían la calidad del proceso asistencial se han construido pensando en el paciente, pero sin el paciente. Así, la calidad, la efectividad o la seguridad son ejemplos de paradigmas que se han construido sin que necesariamente tenga que participar el paciente. Cuando hablamos de valor, como paradigma de calidad de la atención, solo podemos hacerlo si atendemos escrupulosamente a lo que representa un incremento de valor desde la perspectiva del paciente. Por ejemplo, el tiempo, desde la perspectiva del paciente, no es una variable de proceso, es una variable de resultado.²⁷ Gestionar bien el tiempo, desde la perspectiva del paciente, mejora la calidad percibida. Este cambio de paradigma se tendría que aplicar a todas las intervenciones de mejora que se proponen y la experiencia del paciente tendría que estar presente en las consideraciones relativas a la atención en el SUH.

De una manera genérica, la experiencia del paciente representa el *feedback* que tiene que recoger el sistema sanitario para poder identificar oportunidades de mejora. La experiencia del paciente va un poco más allá del concepto de satisfacción (que es un constructo subjetivo muy relacionado con las expectativas). La experiencia del paciente se refiere a todo el proceso asistencial, no a un procedimiento o a una visita y se puede recoger de múltiples maneras (encuestas, entrevistas, grupos focales...).²⁸ Por otra parte, cada vez se da más importancia a la perspectiva del paciente en la evaluación global de la calidad. La seguridad, la efectividad y la experiencia del paciente son tres elementos inseparables de la evaluación de la calidad.²⁹ Tener en cuenta la experiencia del paciente implica escuchar, participar y actuar.

Escuchar

Los hospitales tienen mucha información disponible en cuanto a la experiencia del paciente. Además de los indicadores que miden la satisfacción de manera convencional, las reclamaciones o los comentarios de los pacientes son numerosos. Su análisis puede aportar información relevante para introducir mejoras en la prestación del servicio. Del mismo modo, la encuesta PLAENSA del CatSalut puede ser útil. La falta de información

²⁷ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010; 363: 2477-81.

²⁸ Russell S. Patients' experiences. Top heavy with research. Melbourne. Research Matters. 2013. Accessible a: <http://www.research-matters.com.au/publications/PatientsExperiencesReview.pdf> Accés el 9 de desembre de 2016.

²⁹ Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ open, 2013; 3:e001570.

o de *feedback* del paciente no es un pretexto para alegar ignorancia sobre los problemas que se plantean en el SUH.

Participar

Cada vez hay más evidencias que hacen patente la importancia de la implicación de los pacientes en la búsqueda de soluciones a los problemas asistenciales. El mantra es “nada que afecte a los pacientes sin los pacientes”. Hirts *et al*³⁰ exponen la conveniencia de incluir a pacientes en el análisis de los problemas del SUH. Identificar prioridades, aportar ideas sobre diseminación o dar su opinión sobre el lenguaje utilizado en la comunicación son aportaciones que pueden hacer los pacientes o los ciudadanos en el codiseño de los servicios asistenciales.

Actuar

Angela Coulter³¹ es contundente cuando afirma que recopilar datos sobre la experiencia del paciente es insuficiente. Recopilar datos y después ignorarlos no es ético, según Coulter. El análisis de la experiencia del paciente tiene que servir para pasar a la acción con la finalidad de mejorar la atención sanitaria. A veces basta con cosas tan simples como la atención durante la espera o una buena información al alta.³² En cualquier caso, el proceso de mejora es un proceso iterativo, nunca es un proceso de blanco y negro o todo o nada.

³⁰ Hirst E, Irving A, Goodacre S. Patient and public involvement in emergency care research. *Emerg Med J* 2016; 33: 665-670.

³¹ Coulter A, Locock L, Ziebland S, Calabrese J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ*. 2014; 348: g2225. doi: 10.1136/bmj.g2225.

³² Bos N, Sizmur S, Graham C, van Stel HF. The accident and emergency department questionnaire: a measure for patients' experiences in the accident and emergency department. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22: 139-46.

El respeto a las personas en los servicios de urgencias. Derechos y deberes

Durante los últimos años, el CatSalut ha llevado a cabo cinco estudios para poder conocer cómo las personas perciben la calidad de los servicios recibidos en la atención urgente hospitalaria. La última encuesta de satisfacción, en la que se pregunta en relación con la accesibilidad a los servicios, el trato de los profesionales, la información, los elementos de confort y la organización se llevó a cabo entre junio y julio de 2016 y los resultados fueron peores que los del año 2013. Algunos de los aspectos que han empeorado hacen referencia a aspectos estructurales y organizativos, pero también de trato porque a menudo, en los servicios de urgencias, no es infrecuente que, enfrascados en la búsqueda de la efectividad al querer resolver un problema de salud, la calidad del trato que se dispensa a las personas no sea vista como un aspecto primordial que cabe tener en cuenta. Parece que se olvida que la calidad asistencial es inseparable de una buena relación clínica y que hay unas dimensiones de la atención más o menos subjetivas que tienen mucha trascendencia. Es lo que, en general, se ha venido llamando *trato*. La sensibilidad y el respeto hacia la persona y su vivencia de la enfermedad, la calidez, la compasión, la amabilidad, la capacidad de comunicarse. Son actitudes que, a veces, en el furor de la actividad estresante de salas de espera abarrotadas y urgencias colapsadas, se van perdiendo, si es que se tenían, o simplemente no se acaban de aprender.

Es posible que, ante las personas enfermas, más vulnerables, que sufren pérdida de capacidades y se han vuelto más dependientes, se olvide que estar enfermo no supone una merma de derechos sino simplemente mayor dificultad a la hora de ejercerlos y, por lo tanto, hace falta tenerlos presentes y respetarlos. Precisamente el respeto a la persona consiste en considerar de manera atenta todas las esferas de su persona, sobre todo cuando se encuentra en la situación de vulnerabilidad, cuando está enferma y precisa ayuda. Por lo tanto, en urgencias, como en los demás entornos asistenciales, se tiene que asegurar el respeto de los derechos de los pacientes, bien plasmados en la carta aprobada por el Departamento de Salud.^{33,34}

Identificación y presentación de los profesionales

Es importante que los profesionales se presenten y se identifiquen de forma clara y visible, mostrando su predisposición a ayudar y tratando a las personas de acuerdo con su identidad cultural, la edad, sus creencias y valores y con sensibilidad, afecto y compasión cuando sea

³³ Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut. Atenció urgent hospitalària, 2016 (cita 8).

³⁴ Carta de drets i deures dels ciutadans en relació a la salut i l'atenció sanitària

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/drets_i_deures/destacats/carta-drets-deures.pdf

preciso. La desazón y el miedo que el paciente siente en urgencias disminuyen si tiene confianza en la institución y las personas que lo atienden.

Trato

Se tiene que facilitar el acceso, especialmente a aquellas personas que por la propia enfermedad les resulta más difícil o para aquellas que no están familiarizadas con este servicio. Cuando se considere que la consulta en urgencias es improcedente se tiene que ayudar a orientar y encontrar el recurso más adecuado. Además, se tiene que garantizar que no se produce ningún tipo de discriminación y dejar claro que, cuando se dispensa un trato diferenciado, este solo responde a las necesidades particulares de las personas más vulnerables: los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con enfermedad mental y otros casos similares.

Gestión del tiempo

La percepción del tiempo varía según la conciencia individual: el tiempo de los que sufren dolor no es el mismo de los que tienen bienestar, ni el de los viejos, tampoco es el mismo que el de los niños. A menudo las personas que tienen obligaciones, por ejemplo, personas a su cargo, viven de manera más estresante la demora en la atención. En la medida de lo que sea posible hay que respetar estas diferentes necesidades y entender que el respeto también se manifiesta dando la información sobre el tiempo que habrá que esperar para ser atendido y explicando las razones que justifican la demora cuando haga falta. Pero sobre todo, durante la atención, se tiene que facilitar el tiempo para que el paciente pueda explicarse, para escuchar lo que le dicen, reflexionar, comprender e incluso para llorar cuando sea necesario.

Intimidad

A pesar de las limitaciones del espacio, las diferentes exploraciones, los tratamientos, los cuidados o las actividades de higiene se tienen que hacer respetando la intimidad, tanto acústica como visual, y se tiene que limitar el acceso, el de los profesionales y el de los acompañantes, a lo estrictamente necesario. La preservación de la intimidad se tiene que hacer extensiva a los traslados ya sea dentro del centro sanitario o cuando se produzca el traslado al domicilio o a otro centro. Se tiene que ayudar a preservar la imagen que todo enfermo merece y que, quizás por las condiciones en las que se encuentra, no es capaz de mantener. En caso de que se tomen imágenes (fotos, vídeos), el paciente y sus acompañantes tienen derecho a que se les pida el consentimiento y que se les explique el motivo por el que se han tomado y el ámbito de su difusión.

Accesibilidad

En general, la compañía de las personas cercanas también aligera el sufrimiento y mitiga los miedos. Tanto los adultos como los menores tienen el derecho a ser acompañados, a no estar solos durante su estancia en urgencias, salvo los casos en los que esta presencia sea incompatible o desaconsejable con el tratamiento y los cuidados. Siempre habrá que explicar las razones que hacen imposible este acompañamiento. También puede pasar que haya personas que no deseen la compañía. Es el caso de algunos menores, entre los 12 y los 16 años, que pueden pedir estar solos y que se mantenga confidencial la información asistencial. Serán los profesionales quienes valoren el contexto y la madurez emocional e intelectual con el fin de pedir, en caso de que la consideren necesaria, la presencia o la ausencia de los padres, tutores legales o terceras personas de la confianza del menor. Asimismo, cuando no haya contraindicaciones o se interfiera en el propio proceso asistencial o el de otras personas, los enfermos tienen que poder seguir relacionándose, con el exterior, mediante los dispositivos móviles.

Seguridad

Las personas atendidas en los servicios de urgencias no solo tienen el derecho a recibir una atención sanitaria de calidad, sino también segura, que les comporte el mínimo riesgo posible y que reduzca la probabilidad de sufrir los efectos de los acontecimientos adversos de cualquier naturaleza. En la medida en que sea posible tiene que estar integrada en su continuum asistencial. Las TIC y de manera muy especial la consulta de los diferentes apartados de la historia clínica compartida facilita esta continuidad. Además, durante la estancia en urgencias, los diferentes profesionales deberán coordinarse para garantizar que este continuum se cumple y evitar la reiteración de pruebas y procedimientos. La actuación de los equipos, que cambian, mientras el paciente continúa en urgencias, puede comportar una sensación cierta o infundada de desresponsabilización y abandono por parte del enfermo. No sabe a quién tiene que dirigirse, se encuentra que lo atiende un nuevo profesional, que desconoce lo que ya había explicado a uno anterior o que quiere hacerle pruebas que ya le han realizado. Parece que existen evidentes oportunidades de mejorar la continuidad asistencial. El celo que se pone en la seguridad del paciente, y que de paso intenta evitar reclamaciones, es muy importante, pero se tiene que vigilar para que no derive en una medicina defensiva. Esta manera de hacer que no satisface ni al que presta la atención ni a quien la recibe supone la práctica de un exceso de pruebas, algunas de las cuales no aportan ningún valor añadido al proceso asistencial. Muy a menudo suponen inconvenientes para el paciente, una demora en el tiempo para atender a otros pacientes y un sobrecoste económico evitable.

Confidencialidad

El paciente precisa y tiene derecho a disponer de información de su proceso asistencial. La información, que además de ser rigurosa se tiene que dar de manera que resulte comprensible y adecuada al estado del enfermo, se tiene que mantener confidencial y solo al acceso de aquellos profesionales sanitarios relacionados directamente con la atención. No se puede facilitar a otros profesionales ni a familiares o personas vinculadas sin la autorización del enfermo, a menos que mantener la confidencialidad pueda causar un perjuicio al propio enfermo o a terceras personas. En tal caso el profesional tendrá que valorar la oportunidad de revelar la información y la manera más adecuada de cómo hacerlo.

Consentimiento

A menos que la urgencia no permita demoras, porque puede ocasionar lesiones irreversibles o porque hay peligro de muerte, o cuando no se pueda conocer la voluntad siempre se pedirá el consentimiento antes de realizar un procedimiento. El consentimiento, que será verbal salvo en aquellas intervenciones en las que la ley prevé que sea por escrito, se obtendrá después de haber dado la información de los beneficios, los riesgos y los efectos secundarios que comporta el procedimiento que se propone. En los casos que a criterio del médico responsable de la asistencia el paciente no sea competente se consultará si existe un documento de voluntades anticipadas, o bien si hay un representante que haya sido designado por el paciente o, en su defecto, un familiar o unas personas que estén vinculadas al mismo, que serán las que otorgarán dicho consentimiento por sustitución.

Eso significa que en urgencias los pacientes también tienen el derecho a escoger y rechazar libremente pruebas diagnósticas, intervenciones, tratamientos, cuidados o todas aquellas actuaciones sanitarias que se les propongan. El rechazo no puede comportar el abandono del paciente, que debe continuar recibiendo el apoyo sanitario que necesite, muy probablemente en otro nivel asistencial. Cuando sea factible, se tienen que ofrecer tratamientos alternativos si existen en el centro, o bien realizar las gestiones necesarias para encontrar el recurso más adecuado.

Consentimiento de los menores

A los menores a partir de los 16 años, se les considera mayores de edad para tomar sus propias decisiones, y no es exigible el consentimiento de los padres. En caso de actuación de riesgo grave, de acuerdo con el criterio del profesional sanitario, los padres o tutores legales tienen que ser informados y su opinión debe tenerse en cuenta para el tipo de intervención o decisión que se debe tomar en el ámbito de la salud. En los casos de menores de 16 años a quienes el profesional sanitario considere con madurez intelectual y emocional suficiente para el tipo de intervención o decisión que cabe tomar, hay que promover una decisión compartida con sus responsables legales,

el apoyo de personas cercanas y, en todo caso, hacer que prevalega la opinión del menor. En caso de que no tengan madurez intelectual y emocional suficiente para el tipo de intervención o decisión que tomar en el ámbito de la sanidad y la salud, el consentimiento lo tiene que dar el representante del menor, una vez escuchada, en todo caso, su opinión, especialmente si es mayor de 12 años.

Final de vida

A pesar de que los servicios de urgencias no son los lugares más apropiados para morir, las personas pueden acabar ahí su vida, como consecuencia de una enfermedad aguda, un accidente o porque ahí se derivan en una fase terminal, incluso en agonía. En estos casos la persona debe recibir una atención de calidad, mediante curas paliativas y de confort, que promueva el alivio del sufrimiento, ya sea físico, psicológico, social o espiritual. Se tiene que facilitar al máximo el acompañamiento de los familiares, en un contexto que permita la intimidad y, finalmente, el acompañamiento en la pérdida. Se tiene que tener un cuidado especial, a fin de que los familiares y las personas cercanas reciban un trato y una orientación adecuados en ese momento. El cuerpo del difunto debe tratarse con dignidad.

En todo momento, la persona tiene derecho a solicitar o rechazar tanto el apoyo espiritual como la atención religiosa y que se facilite el acceso a quien le provea este apoyo, que tiene que ser compatible con la práctica médica y respetuosa con las normas del centro y con las demás personas.

Evaluación

Se tienen que facilitar los medios para que los pacientes puedan expresar su opinión sobre la atención recibida, mediante los procedimientos e instrumentos que se establezcan, y utilizar los procedimientos para presentar reclamaciones, sugerencias y agradecimientos, y que estos sean evaluados y contestados en el tiempo y la forma adecuados.

Recomendaciones

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son considerados y percibidos como unos dispositivos básicos en todo sistema de salud por su capacidad de atender procesos graves o potencialmente graves. Durante el año 2015 se atendieron más de 3.200.000 de urgencias hospitalarias. Aproximadamente el 50% de los ingresos hospitalarios se hace a través del servicio de urgencias. El impacto sobre las personas que tienen que ser atendidas en el SUH también es muy importante, tanto en lo referente a la gestión del tiempo como al sufrimiento directo o indirecto.

Demasiado a menudo los SUH se consideran como el dispositivo asistencial que atiende y encara las crisis agudas e identifica el lugar idóneo para atender al paciente. No está nada claro que este papel de portero del sistema y distribuidor de la asistencia sea la función de los SUH. Más bien al contrario, un sistema sanitario eficiente tendría que dejar estas funciones en el ámbito de la comunidad tanto por la proximidad como por el conocimiento de los valores y necesidades globales de los pacientes, en especial de los más vulnerables o de los que sufren enfermedades crónicas.

Uno de los objetivos estratégicos del Plan de salud de Cataluña 2016-2020 es definir e implantar en todo el territorio un modelo de urgencias que integre el ámbito de la atención primaria y el hospitalario y que sea equitativo y resolutivo. Se propone actualizar las funciones de los diferentes dispositivos de atención inmediata y su interrelación, homogeneizando los procesos urgentes con el fin de adecuarlos a criterios de calidad asistencial y satisfacción de los derechos de sus usuarios.³⁵

Iniciativas como esta son una ocasión propicia para fomentar la participación ciudadana en el diseño del nuevo modelo con el objetivo de implicarles en la utilización adecuada de los recursos públicos. Este documento pretende ser una aportación que estimule la reflexión sobre las expectativas, percepciones y actitudes de las personas implicadas, los ciudadanos y los profesionales y gestores sanitarios, proponiendo unas recomendaciones que tienen como objetivo propiciar el establecimiento de relaciones de confianza en los dispositivos de atención urgente.

1. Cambio de paradigma en la ordenación y priorización de la asistencia: de los servicios de urgencias hospitalarios a la atención primaria y comunitaria

- Hay que modificar los actuales modelos estructurales y de organización de la atención urgente para adaptarlos a las necesidades de la población:

³⁵ Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2016. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf

- Los equipos de atención primaria, por su proximidad y conocimiento del estado de salud de las personas, son los más adecuados para actuar como puerta de entrada del sistema y priorizar la atención urgente, al decidir el mejor lugar y momento para ofrecer esta atención.
 - Por el mismo motivo pueden ejercer una función informadora y al mismo tiempo formadora sobre el uso adecuado de los recursos disponibles.
 - La priorización de proximidad se puede beneficiar de una **puerta de entrada única virtual** que permita hacer un triaje único y compartido.
- El análisis de la realidad hace patente que un porcentaje muy importante de las personas que utiliza los SUH acude a los mismos por iniciativa propia. En lugar de culpabilizar a los ciudadanos por esta decisión haría falta:
 - Hacer accesibles los conocimientos que pueden ayudar a tomar decisiones en cuanto a la resolución de problemas agudos.
 - Poner al alcance de los ciudadanos las condiciones de uso de los recursos asistenciales disponibles en la comunidad, que pueden ser una alternativa a la utilización de los SUH.
 - Difundir la disponibilidad de un acceso fácil de apoyo a la hora de tomar decisiones (como puede ser el teléfono 061).

2. Información a la ciudadanía sobre los centros de atención continua y otros dispositivos de urgencias

- La información a la ciudadanía sobre las alternativas a los SUH únicamente tendrá impacto si se refuerza la **confianza** en estos dispositivos como, por ejemplo, los centros de urgencias de atención primaria (CUAP).
- La tecnología puede ayudar a hacer accesible la información necesaria para escoger el dispositivo asistencial.
- La confianza en estos dispositivos depende, en gran parte, de varios factores como:
 - Accesibilidad.
 - Capacidad de resolución.
 - Buena coordinación con los SUH: el paso por un CUAP tendría que ahorrar una parte del circuito asistencial del SUH.
 - Los resultados asistenciales de los dispositivos alternativos al SUH tendrían que ser equiparables a los que se obtienen en el SUH.

3. Coordinación con la red asistencial: el enfermo crónico descompensado, asistencia adecuada en las residencias geriátricas y otros dispositivos

La atención a las personas más vulnerables tendría que ser una prioridad de todo el sistema sanitario. Haría falta:

- a. Una estratificación adecuada de la población vulnerable para identificar grupos de pacientes con necesidades comunes.
 - b. Es imprescindible disponer de dispositivos alternativos a los SUH, con acceso directo en las situaciones claras y consensuadas.
 - c. La atención domiciliaria es un elemento clave en la atención de las personas más vulnerables.
 - d. El papel de enfermería puede ser clave en la identificación de necesidades.
- Es imprescindible promover acciones proactivas para atender a las personas más vulnerables: los pacientes con enfermedades crónicas graves o comorbilidad o que tienen riesgo social.
 - La atención primaria tendría que ser el ámbito natural de las intervenciones proactivas y la gestión de las derivaciones de los pacientes.
 - La continuidad asistencial (facilitar la atención por parte del equipo asistencial que atiende regularmente al paciente) es tanto o más importante que la simple accesibilidad a los dispositivos asistenciales.
 - La atención domiciliaria es la máxima expresión de proximidad para los grupos de pacientes con dificultades de acceso.
 - Hay que identificar a las personas que tienen circunstancias especiales que eventualmente se pueden quedar al margen de los dispositivos asistenciales convencionales como, por ejemplo, las personas que viven en residencias, los sin techo y determinados inmigrantes.
 - La accesibilidad a la información tendría que facilitar las intervenciones fuera del horario laboral (como, por ejemplo, las intervenciones de los servicios de emergencias médicas, los SEM).

La variedad social con personas que tienen diversidad funcional, problemas de adicciones, enfermedades mentales, inmigrantes, personas sin techo, reclusos, personas que han sufrido violencia de género, niños y personas mayores maltratados hace necesario realizar conjuntamente valoraciones médicas y sociales de estos pacientes clasificados con riesgo social para garantizar la atención integral e interdisciplinaria desde la vertiente de la salud holística, física, mental y social.

4. Gestión y comunicación personalizada de los criterios para priorizar la atención y sobre los tiempos de resolución

- La comunicación con los pacientes y las personas que los cuidan es un elemento primordial en los SUH. Los profesionales de los SUH tienen que poder hacer una gestión personalizada de la información que tenga en cuenta los tiempos de espera y la evolución previsible del proceso asistencial.
- Los profesionales de los SUH tienen que recibir formación para adquirir las habilidades y los conocimientos necesarios para poder facilitar la toma de decisiones compartidas con los pacientes y las personas que los cuidan.
 - Por eso tienen que saber dar información inteligible y suficiente para poder tomar decisiones en un marco que minimice las asimetrías y que permita el proceso deliberativo.
- Las tecnologías de la información y la comunicación pueden ayudar a hacer accesible información sobre los tiempos de espera de los diferentes dispositivos asistenciales de un territorio que permitan la toma de decisiones de la ciudadanía sobre el uso de estos servicios.
- La información sobre el tiempo de espera durante la estancia en el SUH es un elemento muy importante de apoyo y minimización del sufrimiento.

5. Actitud de los profesionales para promover la confianza: trato respetuoso, presentarse, presentar el relevo, informar, pedir el consentimiento, garantizar la confidencialidad

- La sobrecarga de trabajo no es un pretexto para no tener que ofrecer una atención adecuada.
- Un elemento clave de la atención en el SUH debe ser el trato respetuoso, que tiene que ser sistemático, espontáneo y evaluable por parte de los responsables.
- Algunos de los elementos del trato respetuoso son los siguientes:
 - Presentarse y explicar las funciones en el proceso asistencial.
 - Escuchar las demandas y las necesidades de los pacientes al principio y durante todo del proceso asistencial.
 - Informar adecuadamente.
 - Pedir el consentimiento.
 - Garantizar la confidencialidad.
 - Respetar la intimidad, tanto visual como acústica.
 - Presentar el relevo en los cambios de turno.

- Acompañar al paciente con palabras y, si es necesario, físicamente, explicando las actuaciones terapéuticas: qué se va a hacer, por qué, cómo va a ser, cuándo va a acabar...

6. Actitud de los profesionales con los enfermos vulnerables

- En los enfermos vulnerables, como pueden ser las personas con una enfermedad crónica evolucionada o las personas con limitación severa de su autonomía funcional, hay que extremar la prudencia en las medidas diagnósticas y terapéuticas para adecuarlas a sus necesidades reales y sus preferencias.
- La toma de decisiones en estas circunstancias se tiene que orientar para la información sobre el estado previo y las preferencias del paciente. Si este no está en condiciones de manifestarlas, hay que escuchar a la familia.
- También es útil poder disponer del plan de intervención individualizado y compartido, si el equipo de atención primaria lo ha elaborado.
- Sin embargo, hay que tener la capacidad y la formación para saber cuándo está indicado priorizar el tratamiento de los síntomas, entendida esta opción no tanto como la renuncia a otros tratamientos, sino como la adecuación de estos a las necesidades de bienestar y confort del paciente.

7. Atención a la dicotomía entre intimidad y seguridad: espacios y actitudes profesionales

- La seguridad de los pacientes en el SUH no depende exclusivamente del control visual.
- La gestión adecuada de los espacios es importante, tanto en la actuación ordinaria de los SUH como en los casos de sobreocupación. Hay que pensar en espacios específicos en cuanto a:
 - higiene y necesidades corporales,
 - información.
- La gestión adecuada de los espacios en el SUH no se puede hacer de una manera efectiva sin tener en cuenta la gestión global de las camas del hospital.
- Para mantener el respeto a la intimidad durante la estancia en los SUH es imprescindible que haya **protocolos** específicos que contemplen, entre otros:
 - Seguridad en ubicaciones temporales en áreas de paso (pasillo).
 - Traslados puntuales a lugares con más intimidad.
 - Protección de la intimidad del enfermo de miradas y escuchas fisgonas por parte de otros enfermos.

8. Accesibilidad de los acompañantes

- El acompañamiento de familiares y amigos en el SUH es un derecho.
- Es el paciente quien tiene que decidir la información que quiere compartir con el acompañante y quién quiere tener cerca durante su estancia en el SUH. Quien lleva a un paciente al SUH no tiene que ser necesariamente el acompañante que quiere el paciente (por ejemplo, compañeros de trabajo que llevan a alguien al SUH).
- Los acompañantes pueden ser útiles en varios aspectos, a la hora de:
 - Facilitar la transmisión de información.
 - Ayudar al paciente a tomar decisiones compartidas.
 - Facilitar la adaptación del paciente al entorno del SUH.
- Las necesidades de acompañamiento se tendrían que detectar en el momento del triaje.
- Hay que diseñar los circuitos asistenciales de modo que hagan posible el acompañamiento y que, a su vez, eviten tanto como se pueda las interferencias con el trabajo de los profesionales.
- Es importante clarificar la manera de acceder al lugar donde se encuentra el paciente y el número de personas que lo pueden acompañar.
- Hay que velar por el confort y la comodidad de los acompañantes.

9. Competencias específicas de los profesionales de los SUH. Asistencia supervisada (tutores) y responsabilización progresiva de los profesionales en formación

- Los profesionales del SUH requieren competencias específicas para desarrollar su trabajo.
- La formación de los profesionales sanitarios requiere que actúen en el SUH. Esta formación tiene que garantizar:
 - Presencia de profesionales de plantilla necesarios para hacer el trabajo de urgencias sin el apoyo de los profesionales en formación.
 - Actuaciones de los profesionales en formación encargadas en función del nivel de capacitación.
 - Supervisión (tutores) programada de los profesionales en formación.

10. Atención en el final de la vida

- La atención a los pacientes en fase de final de vida tiene que prestarse en un entorno que garantice la muerte digna, respetando el luto de los amigos y familiares.

- Aunque los SUH no es el entorno más idóneo para una muerte digna, a veces es inevitable tener que dar respuesta a estas necesidades en torno a la fase del final de la vida. Por este motivo:
 - Los profesionales de los SUH tienen que tener habilidades y competencias en curas paliativas (con acceso a la historia clínica y los documentos de voluntades anticipadas y contar con el apoyo de equipos de curas paliativas, si es necesario).
 - Hay que disponer de los espacios adecuados para este proceso del final de la vida (y se tienen que conocer las alternativas para poder atender estos procesos: unidades de curas paliativas, Programa de atención domiciliaria y equipos de soporte –PADES–, etcétera).

- Los SUH tienen que contar con protocolos específicos que:
 - permitan la identificación de los pacientes que requieren atención al final de la vida;
 - concreten los cuidados necesarios a los pacientes y sus familias (físicos, espirituales y sociales), en los entornos lo más adaptados posible (dentro de urgencias, en circuitos prioritarios de ingreso o de derivación a centros expertos en curas paliativas).

11. Implicación del comité de dirección

- La calidad de la atención de los SUH es responsabilidad del comité de dirección (CD) del hospital.
- El CD del hospital tiene que velar por que el SUH:
 - Tenga una dotación de recursos humanos y materiales suficiente para poder desarrollar su trabajo de una manera respetuosa, ágil y efectiva.
 - Se organice con bastante flexibilidad para hacer frente a los incrementos estacionales de la demanda o a las situaciones catastróficas o excepcionales.
 - Se integre de la manera más armoniosa y natural con toda la actividad del hospital.
 - Las condiciones de trabajo y los horarios sean los adecuados a la demanda asistencial, teniendo en cuenta los flujos tanto diarios como semanales y estacionales.
 - Garantice la calidad asistencial siempre y en todo momento a lo largo de todos los días de la semana.

- El comité de dirección tiene que pensar en todas aquellas medidas no directamente relacionadas con el SUH pero que pueden ayudar a dar apoyo a la atención urgente:
 - De qué manera se gestionan las altas del hospital.
 - De qué manera se hace compatible el trabajo asistencial con las actividades formativas, especialmente a primera hora de la mañana.
 - De qué manera se da apoyo y cobertura durante los fines de semana.
 - De qué manera se utilizan los dispositivos alternativos (o complementarios) de la hospitalización convencional (hospitalización a domicilio, hospitales de día o consultas rápidas, por ejemplo).
 - De qué manera se promueve una continuidad asistencial segura, rápida y bien integrada.

Este documento fue aprobado en la 102.ª reunión plenaria del CBC del día 26 de abril de 2017.