

# PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES II JORNADAS DE COMISIONES DE DEONTOLOGÍA Y ÉTICA MÉDICA DE GALICIA

DR. ALBERTO FIDALGO FRANCISCO. PRESIDENTE DEL COMITÉ  
DEONTOLÓGICO DEL COLEGIO MÉDICO DE OURENSE



ilustre  
colexio oficial de médicos  
de ourense

# LOCURA ESTACIONAL

TE PONES A LAS PUERTAS DE LAS URGENCIAS CON UN CUADERNO Y EN DOS HORAS TIENES UNA ANTOLOGÍA DE RELATOS CLÍNICOS MEDIEVALES  
JUAN JOSÉ MILLÁS 1 FEB 2015 EL PAIS



Un señor dijo en la tele que a su padre, de 90 años, lo habían tenido 24 horas en un pasillo, sobre una especie de parihuelas con vocación de camilla. Te pones a las puertas de las urgencias de un hospital español con un cuaderno y un boli, preguntando a los familiares de los ingresados, y en dos horas tienes una antología de relatos clínicos medievales. La fotografía está tomada en el 12 de Octubre de Madrid, a mediados de enero, y salió publicada en este diario. Dirán ustedes: ¿y eso qué es, una mudanza, una evacuación, un caos, un infierno? Es un pasillo del citado hospital en el que se acumulan, como en un bodegón irracional, pacientes de distinta naturaleza, camas, sillas de ruedas, botellas de oxígeno, mostradores de no sabemos qué y personas. Con frecuencia, las camas ocupan lugares de paso, que imaginamos llenos de corrientes y de nubecillas de bacterias. Los enfermeros y los médicos trabajan como en uno de esos hospitales de campaña que vemos en las películas, donde las heridas se desinfectan con whisky y las piernas se amputan a destajo. No hay tiempo para la piedad ni para el contacto humano; a veces no hay tiempo ni para el diagnóstico, porque el personal y las camas se han reducido de manera drástica para pagar la indemnización del proyecto Castor, por poner un ejemplo. Las autoridades políticas, que están ya completamente extraviadas, locas, aseguran que se trata de una saturación estacional como si se tratara de un problema irresoluble. ¿Cómo creerán que lo hacen los hoteles, cuando llega la temporada alta, para no colocar a sus clientes en el cuarto de las fotocopias?

# CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

- Escaso tiempo asistencial
- Necesidad de decisiones rápidas
- Desconocimiento profundo del paciente
- Dificultad para organizar el trabajo
- Tensión emocional, etc.

Conflicto asistencial  
Conflicto ético



# CONCEPTO DE DESHUMANIZACIÓN

- **Deshumanización**: Proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas pierden o son despojados de sus características humanas
- **Deshumanización**: Relación con los Sistemas de dominación y poder
- **Tecnología y deshumanización**: Corriente de pensamiento que los asocia
- **Toda conducta atentatoria** de las dimensiones humanas es deshumanizada

# INDICADORES DE DESHUMANIZACIÓN

- **Ausencia de empatía**
- **Excesivo Protagonismo** profesional
- **Mala relación** entre compañeros
- **Indolencia** ante la **pérdida de derechos del paciente**
- **Tolerancia** a la negligencia
- **Olvido de la ética** médica
- **Desconocimiento de la deontología**

# CAUSAS DE DESHUMANIZACIÓN

- **Racionalismo** científico/ sensibilidad humanística
- **Déficit vocacional** acceso formación o profesional
- Relación M-P **contractual** y **economicista**
- **Sobreexposición** profesional al sufrimiento
- Objetivos predominio **cuantitativo**
- Lenguajes de **marketing**
  - Cliente gerencia, productividad, mercado coste, beneficio, incentivos, etc.

# TIPOLOGÍA DEL PACIENTE CONFLICTIVO

- Demandante
- Que rechaza procedimientos
- Agresivo (no psiquiátrico)
- Litigador
- Hiperfrecuentador
- Sin patología urgente
- Mixto

# CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL

MEMORIA 2014

# SITUACIÓN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA SNS

CUADRO III- 24

## SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SNS

	Pacientes en espera estructural	Pacientes en espera por 1000 hab.	Porcentaje pacientes más de 6 meses de espera	Tiempo medio de espera
2009	374.194	9,4	5,0	63
2010	381.753	9,5	4,0	61
2011	417.407	10,6	5,7	64
2012	536.911	11,8	9,4	76
2013	583.612	12,9	13,7	101
2014	552.016	12,3	10,6	90

Fuente: MSSSI, Sistema de información sobre listas de espera.

# LA ATENCIÓN SANITARIA EN URGENCIAS

“Uno de los niveles asistenciales que más presión soportan en su actividad cotidiana es el de la atención de urgencias, que siendo un servicio muy desarrollado a lo largo de las últimas décadas, desde el nacimiento del SNS, y que ha llegado a adquirir altos niveles de profesionalización, sufre, en cambio, algunas deficiencias no resueltas desde el punto de vista de la calidad. La propia complejidad de la asistencia sanitaria urgente, que incluye procesos multidisciplinares, con varias dependencias jerárquicas en coordinación, con una actividad centrada en cuadros agudos y graves y todo ello con disponibilidad continua, hace que estos servicios requieran de una gran cantidad de medios materiales, técnicos y organizativos para responder a una demanda sustentada en el derecho a la protección de la salud, cuyas exigencias de calidad y seguridad aumentan continuamente.

De acuerdo con el contenido de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud<sup>184</sup>, la atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata, dispensándose tanto en los centros sanitarios como fuera de ellos, incluido el domicilio del paciente y la atención insitu, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales. La atención de urgencia se entiende como una atención integral y continua que se presta por atención primaria y especializada, y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente.

En España este nivel de atención despliega un volumen de actividad muy importante en el ámbito hospitalario, llegando a sumar más de veintiséis millones de consultas en 2012, con un 80 por 100 con cargo a financiación pública. Además, las previsiones para los próximos años anuncian un incremento de la demanda de estos servicios, que ya en

la actualidad sufren una fuerte presión, muy especialmente en las temporadas de epidemias como la gripe. Los últimos años de crisis, por otra parte, han visto aumentar la actividad urgente en los centros hospitalarios, ya que ante la reducción de recursos, muchos pacientes recurren a esta vía para tratar de evitar unas listas de espera en atención especializada a veces difícilmente asumibles”



# INDICACIÓN DE LA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN CCAA, 2012

CUADRO III- 28

## INDICACIÓN DE LA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN CCAA, 2012

(Porcentajes)

CCAA	Porque el médico/a se lo mandó	Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario
<b>Total</b>	<b>14,81</b>	<b>85,19</b>
Andalucía	14,31	85,69
Aragón	17,18	82,82
Asturias, Principado de	24,33	75,67
Baleares, Illes	4,37	95,63
Canarias	12,21	87,79
Cantabria	8,55	91,45
Castilla y León	18,48	81,52
Castilla-La Mancha	17,12	82,88
Cataluña	12,31	87,69
Comunitat Valenciana	16,03	83,97
Extremadura	22,99	77,01
Galicia	19,45	80,55
Madrid, Comunidad de	13,4	86,6
Murcia, Región de	15,28	84,72
Navarra, Comunidad Foral de	24,15	75,85
País Vasco	15,04	84,96
Rioja, La	15,05	84,95
Ceuta	5,62	94,38
Melilla	1,83	98,17

Fuente: MSSSI, Encuesta Nacional de Salud.

# CONCLUSIONES DEL ESTUDIO SOBRE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN EL SNS: DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES

RECUADRO III- 9

## CONCLUSIONES DEL ESTUDIO SOBRE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN EL SNS: DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES

### 1-Medios materiales

- la ampliación o renovación de instalaciones de urgencias no resuelven los problemas de presión asistencial. Necesidad de introducir cambios en la organización y gestión de la realidad hospitalaria.

- Las herramientas informáticas de gestión clínica poco efectivas,

### 2. Recursos humanos

- Falta de profesionales especializados y con experiencia en urgencias en todos los horarios.

- los MIR asumen un grado excesivo de responsabilidad.

- Necesidad de reconocimiento de la especialidad médica de urgencias y emergencias.

### 3. Derechos de los pacientes

- La saturación de los servicios: menoscabo de la dignidad de los pacientes en ellos atendidos.

- La disponibilidad de recursos, camas hospitalarias y personal, debe ajustarse a las previsiones anuales. Las decisiones deben contar con la participación de los responsables de los servicios de urgencias.

- El sistema sanitario debe contar con recursos específicos (unidades de cuidados paliativo o de soporte vital) para la atención a pacientes terminales.

- La práctica del consentimiento informado es insuficiente. Debe generalizarse el conocimiento sobre las instrucciones previas o últimas voluntades de los pacientes.

- Insuficiente cultura del error en la práctica asistencial e inexistencia de un sistema coordinado de notificación de eventos adversos.

### 4. Atención a colectivos vulnerables

- Los inmigrantes en situación irregular tienen derecho a recibir del sistema público atención sanitaria de urgencia. Desde la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, este derecho se ve dificultado por algunas prácticas administrativas.

- En muchos lugares, la continuidad asistencial de estos pacientes no está garantizada.

- Necesario atender con prioridad a las personas en situación de fragilidad.

- Para la atención a pacientes vulnerables, con riesgo de maltrato o de exclusión social, deberían ser aplicados protocolos específicos de asistencia, incluyendo la disposición de espacios reservados que preserven la intimidad de estas personas.

- Un adecuado uso por los pacientes de los servicios de urgencias hospitalarios depende de la eficaz coordinación entre niveles asistenciales y en el espacio sociosanitario.

- La específica atención a las personas detenidas o en situación de custodia no siempre está protocolizada.

### 5. La calidad como exigencia y garantía del servicio.

- Necesario actualizar los protocolos de actuación de los programas de calidad y potenciar su seguimiento por parte de los profesionales.

- La acreditación de los servicios de urgencias, debería generalizarse e incentivarse por las administraciones, incorporando en el proceso la opinión de los pacientes.

- Los sistemas de reclamaciones y sugerencias de los pacientes son una herramienta muy eficaz para garantizar la calidad del servicio. Su funcionamiento exige una mejor tramitación de las mismas y una respuesta completa y motivada por parte de los servicios responsables. También hace falta homologar la clasificación de las reclamaciones de los usuarios para permitir su estudio en provecho del Sistema Nacional de Salud.

# CONCLUSIONES DEL ESTUDIO SOBRE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN EL SNS: DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES

“Uno de los aspectos destacados a lo largo del informe atañe de manera directa a la organización de los recursos humanos, que viene centrando en los últimos años el debate sobre las necesidades de mejora de las urgencias hospitalarias, y más en 172 concreto, la conveniencia de dar soporte legal a la figura del médico especialista en urgencias. A pesar de ser ya una realidad en los servicios de urgencias –no en vano, son

frecuentes las referencias a los “urgenciólogos”- estos profesionales no cuentan con reconocimiento legal como tal, y sin embargo, soportan en muchos casos fuertes cargas de trabajo y responsabilidad.

En este sentido, el Real Decreto de troncalidad<sup>185</sup>, aprobado recientemente, y que aborda un sustancial cambio en el modelo de formación especializada en España, sigue sin dar reconocimiento específico a la medicina de urgencias y emergencias<sup>186</sup>, que será un área

de capacitación específica a la que solo se accederá después de concluir alguna especialidad del tronco médico, acreditar un mínimo de dos años de práctica profesional en esa especialidad y superar las pruebas de acceso correspondientes. Las demandas

desde el sector, que pasan por el reconocimiento de una especialidad de urgencias y emergencias, vinculan la falta de dicho reconocimiento con una clara desventaja laboral de quienes ejercen la especialidad en su actividad profesional, pero también con

deficiencias en la calidad de la atención prestada, que puede traducirse en una merma de la seguridad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias. Y ello por la falta de un itinerario formativo acorde con las necesidades concretas de los servicios de urgencias, que requieren técnicas clínicas y organizativas específicas. De hecho, en un buen número de centros hospitalarios, como se reconocen en el informe del Defensor del Pueblo, una parte importante del personal médico se compone de profesionales en formación (MIR), que no siempre cuentan con la necesaria supervisión de los facultativos de los centros, dando lugar en muchas ocasiones a la realización de pruebas

diagnósticas innecesarias y a reingresos de pacientes. El debate sobre la eficiencia y la calidad de la atención cobra, así, pleno sentido en la discusión surgida hace ya años sobre la idoneidad de la creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias, que por otra parte, existe ya en varios países miembros de la UE.

## Atención Farmacéutica

Durante 2014 se apreció un ligero repunte del gasto farmacéutico (CUADRO III- 29), tras la reducción experimentada en los años anteriores por efecto de las numerosas medidas adoptadas desde el año 2006 y, en particular a partir de 2012.”

# EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA

CUADRO III- 33

## EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA

(Miles de euros)

Año	Gasto total	Variación interanual
2002	38.563.045	
2003	42.956.889	<b>11,39</b>
2004	46.348.681	<b>7,90</b>
2005	50.586.839	<b>9,14</b>
2006	55.683.290	<b>10,07</b>
2007	60.310.152	<b>8,31</b>
2008	66.857.644	<b>10,86</b>
2009	70.579.416	<b>5,57</b>
2010	69.417.368	<b>-1,65</b>
2011*	68.049.972	<b>-1,97</b>
2012*	64.150.289	<b>-5,73</b>

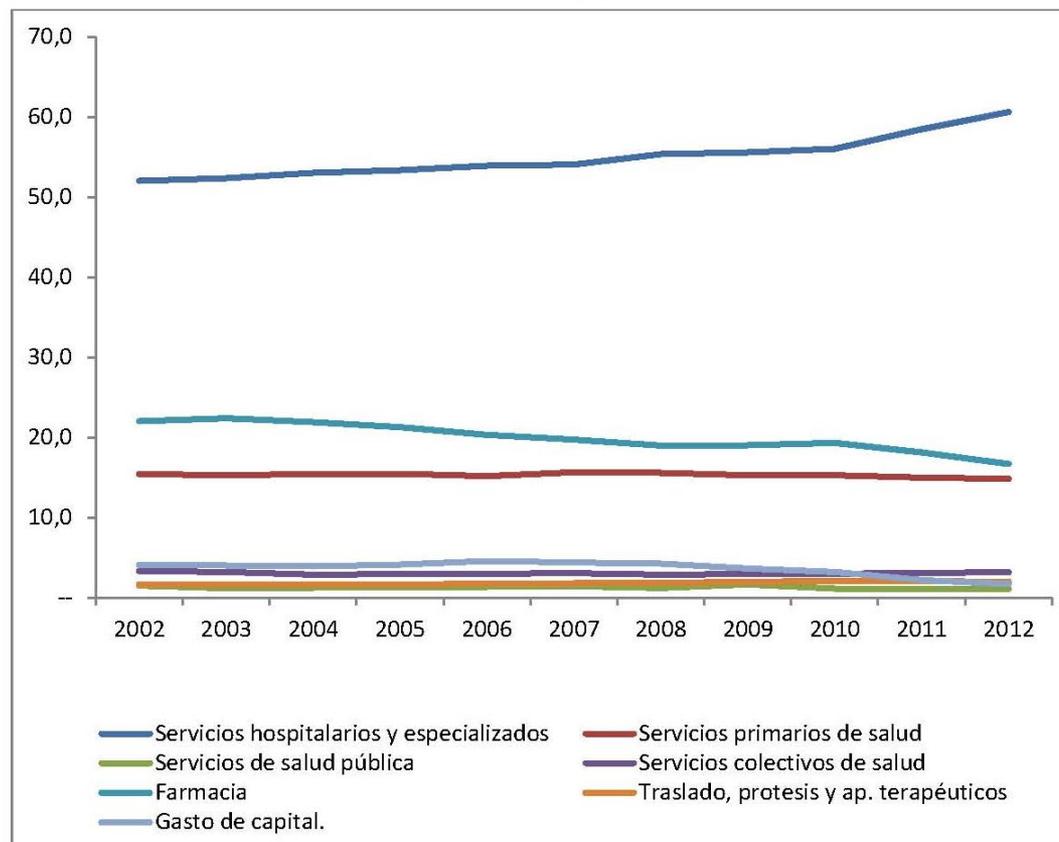
Fuente: MSSSI, 2015.

# EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL GASTO SANITARIO POR PARTIDAS, 2002-2012

GRÁFICO III- 59

EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL GASTO SANITARIO POR PARTIDAS, 2002-2012

(Porcentajes)

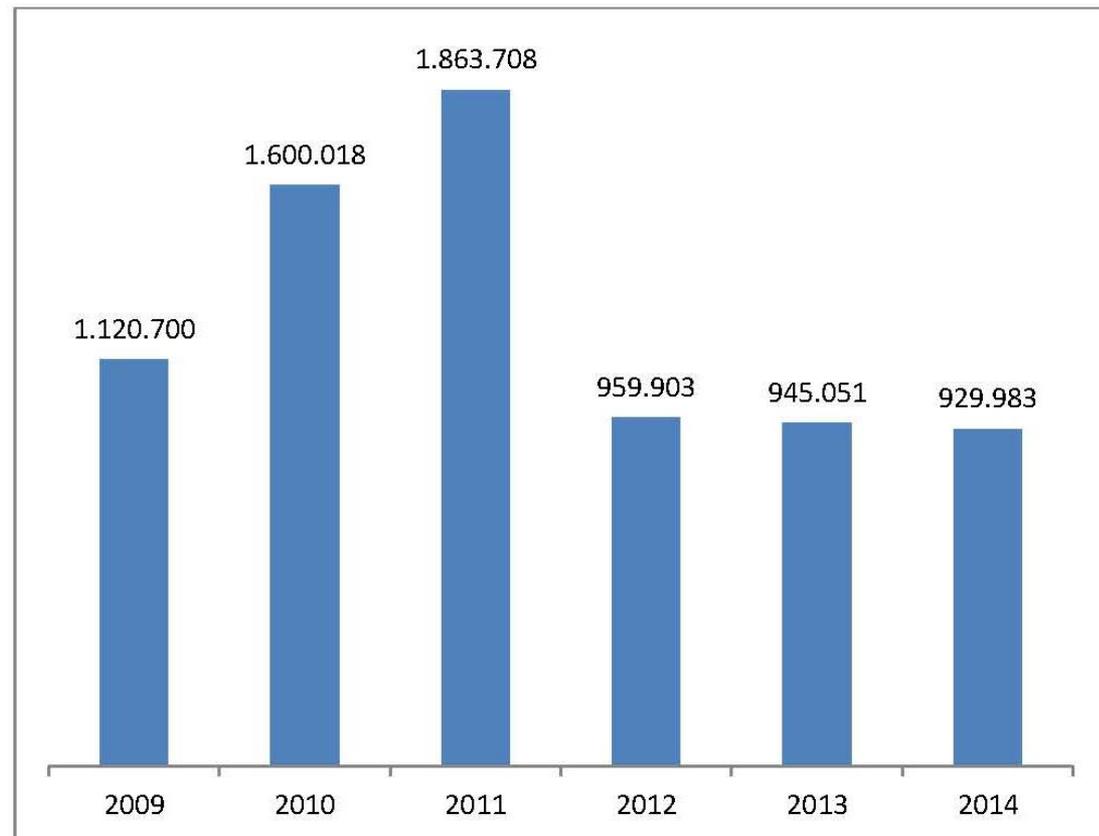


Fuente: MSSSI, 2015.

# ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

GRÁFICO III- 60

## EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES CONCEDIDAS A LOS USUARIOS DEL SAAD



Fuente: MSSSI, Sistema de Información del SAAD, 2015.

# ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

## CONCLUSIONES DEL INFORME DEL TRIBUNAL DE CUENTAS SOBRE EL SAAD

- Excesiva dispersión normativa de desarrollo la Ley de dependencia por las CCAA y solapamiento frecuente con la normativa de servicios sociales preexistente (671 normas autonómicas y 134 estatales)
- Excesivas demoras en el registro de expedientes nuevos y de datos relativos a trámites fundamentales y a actualización de datos. Solo siete CCAA cumplen con el plazo de un mes.
- Importantes demoras en las resoluciones de reconocimiento de la prestación. Incumplimiento del plazo de seis meses desde la presentación de la solicitud.
- Continúa habiendo un elevado número de solicitudes pendientes de resolución de reconocimiento de prestación.
- El incumplimiento de los plazos de gestión del SAAD, que es competencia exclusiva de las CCAA desde la solicitud hasta el reconocimiento y ejecución de la prestación, sigue siendo una de las grandes debilidades del sistema.
- Disparidad en la valoración de la capacidad económica de los beneficiarios y en los criterios de copago, con la consiguiente desviación del principio de igualdad y equidad territorial.
- Carencias y errores importantes en la información suministrada por las CCAA al SISAAD, a pesar de las mejoras recientes.
- Las CCAA carecen de sistemas de contabilidad analítica aplicable a los gastos de dependencia y en su gran mayoría tampoco han dispuesto los instrumentos contables necesarios para efectuar el seguimiento contable de estos gastos, lo que les impide certificar con exactitud el importe total de los recursos destinados a la dependencia.
- La mayor parte de las CCAA no ha cuantificado la totalidad de las aportaciones de los beneficiarios (copagos).
- Las CCAA han adoptado medidas de regularización del censo de beneficiarios, depurando los casos de duplicidad o fallecimiento.
- No se ha realizado el informe de impacto de género sobre el desarrollo de la Ley previsto en su disposición final primera. En este sentido, debe destacarse que la supresión a partir del 1 de enero de 2013 del abono de la AGE de las cuotas de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales ha afectado sobre todo a las mujeres.

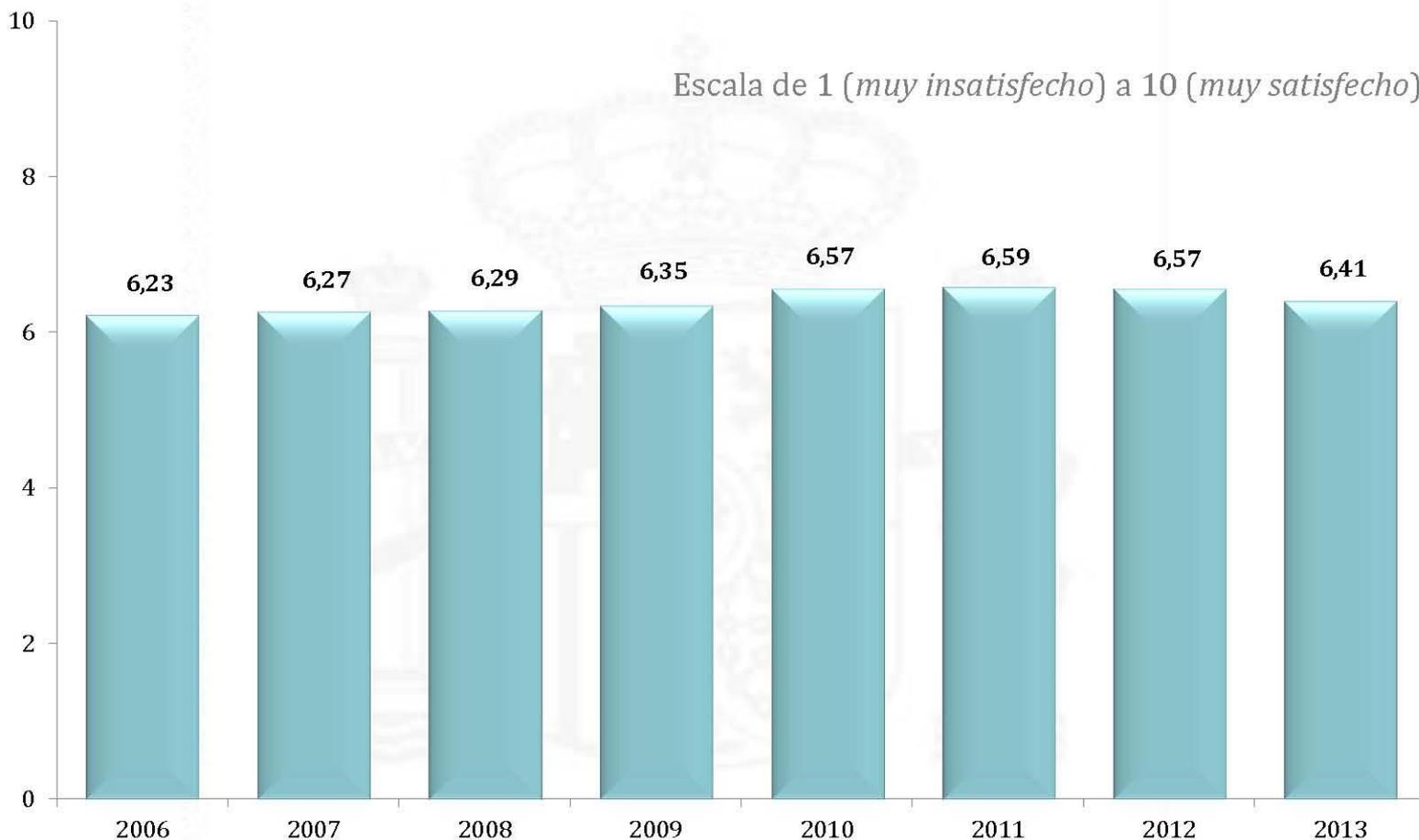
Fuente: Tribunal de Cuentas, Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, 2014.

# BARÓMETRO SANITARIO

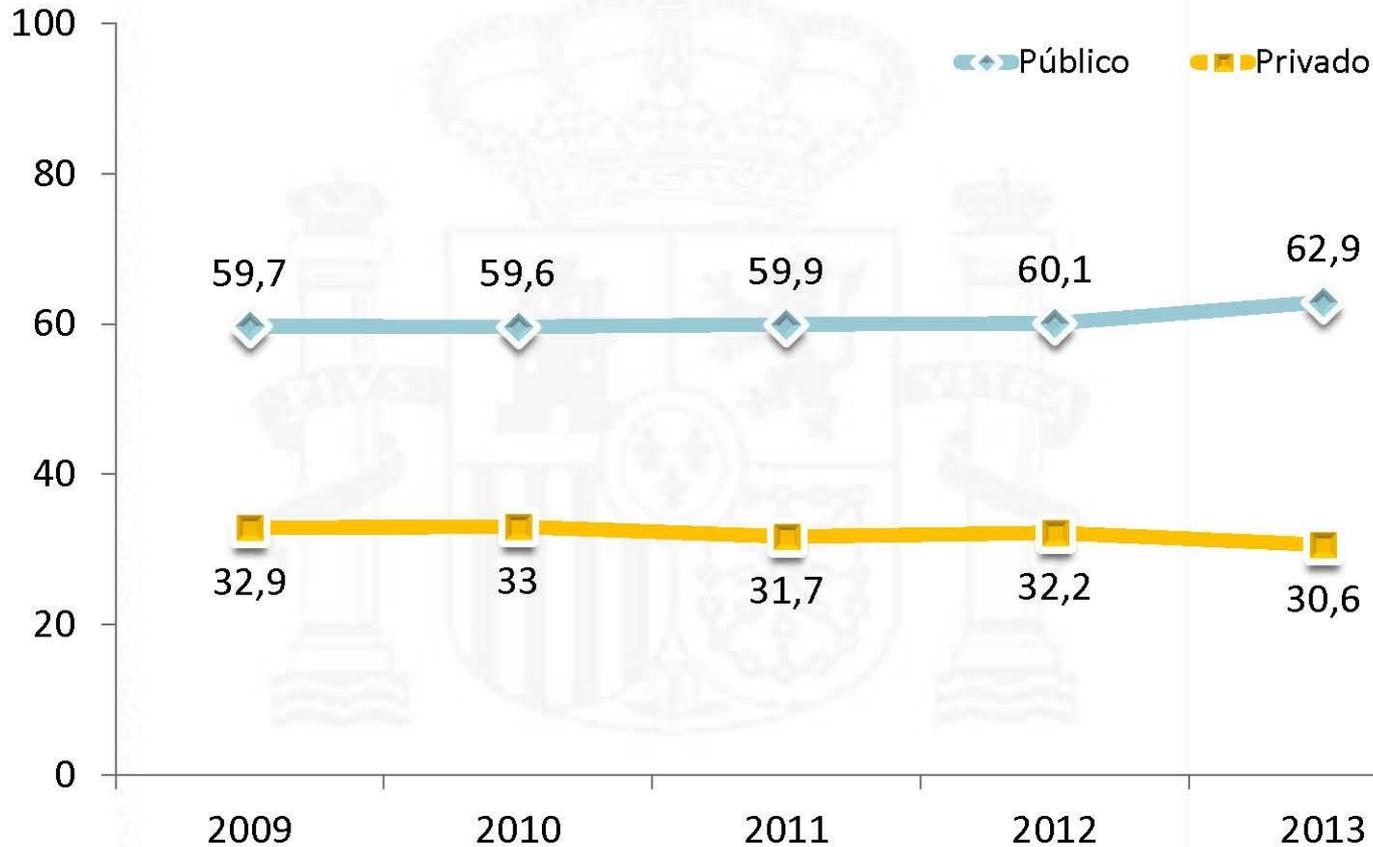
2013



## Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público.



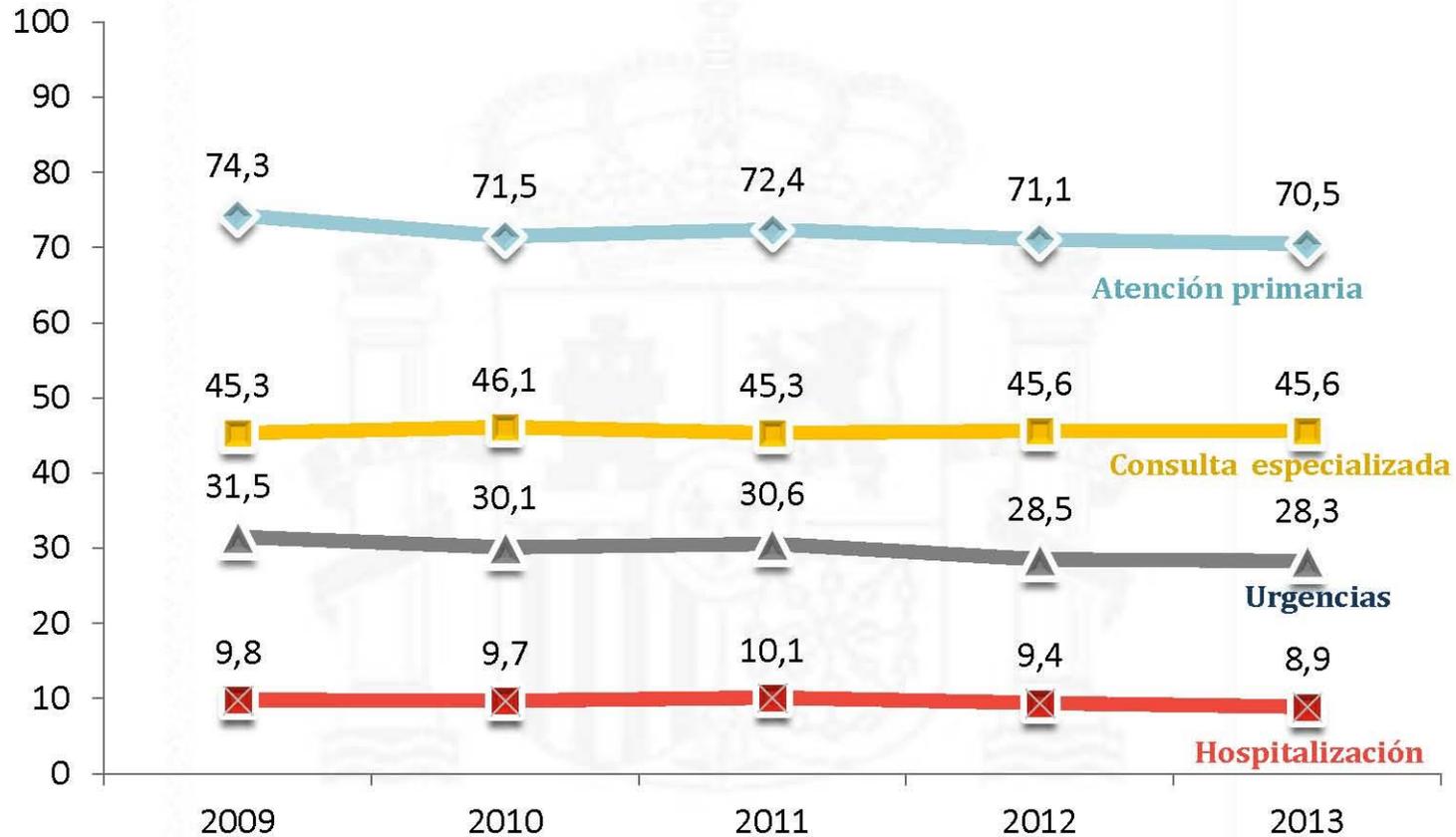
## Para atención de urgencias, si Ud. pudiera elegir y tuviera que utilizar un servicio sanitario ¿acudiría a un centro ...?





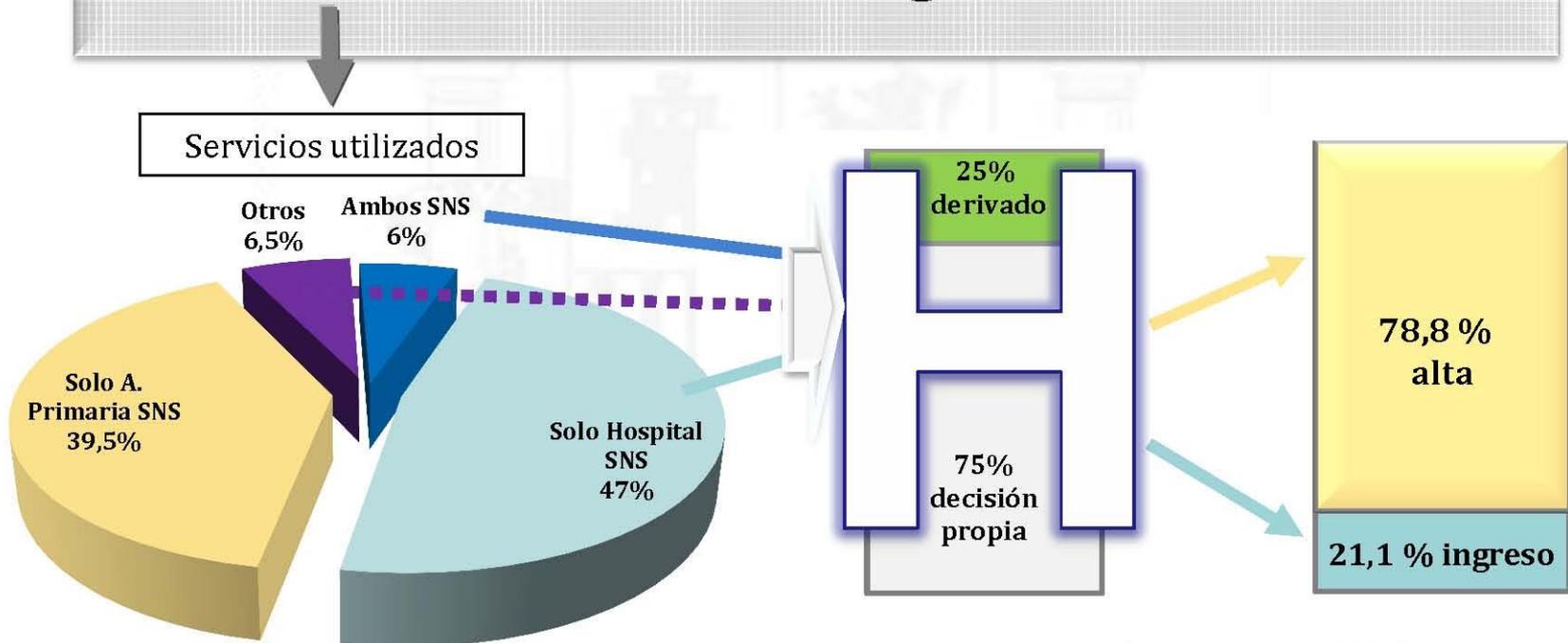
## Frecuentación de los niveles asistenciales.

Porcentaje de personas que han utilizado los servicios en los últimos 12 meses



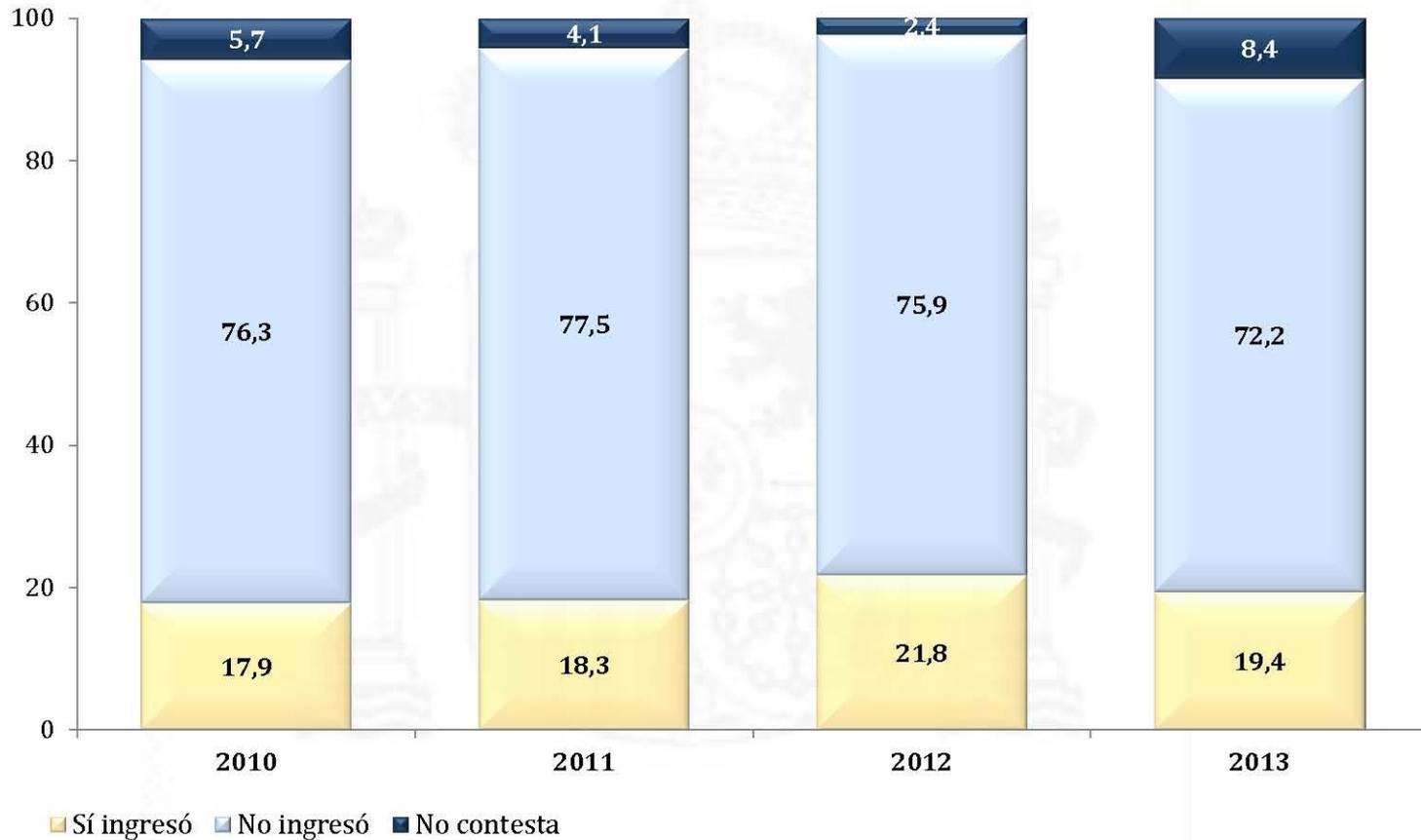
## Proporción de ciudadanos que decidieron acudir al servicio de urgencias de un hospital por una urgencia y necesitaron ingreso.

**El 28,3% solicitó atención urgente en el último año**



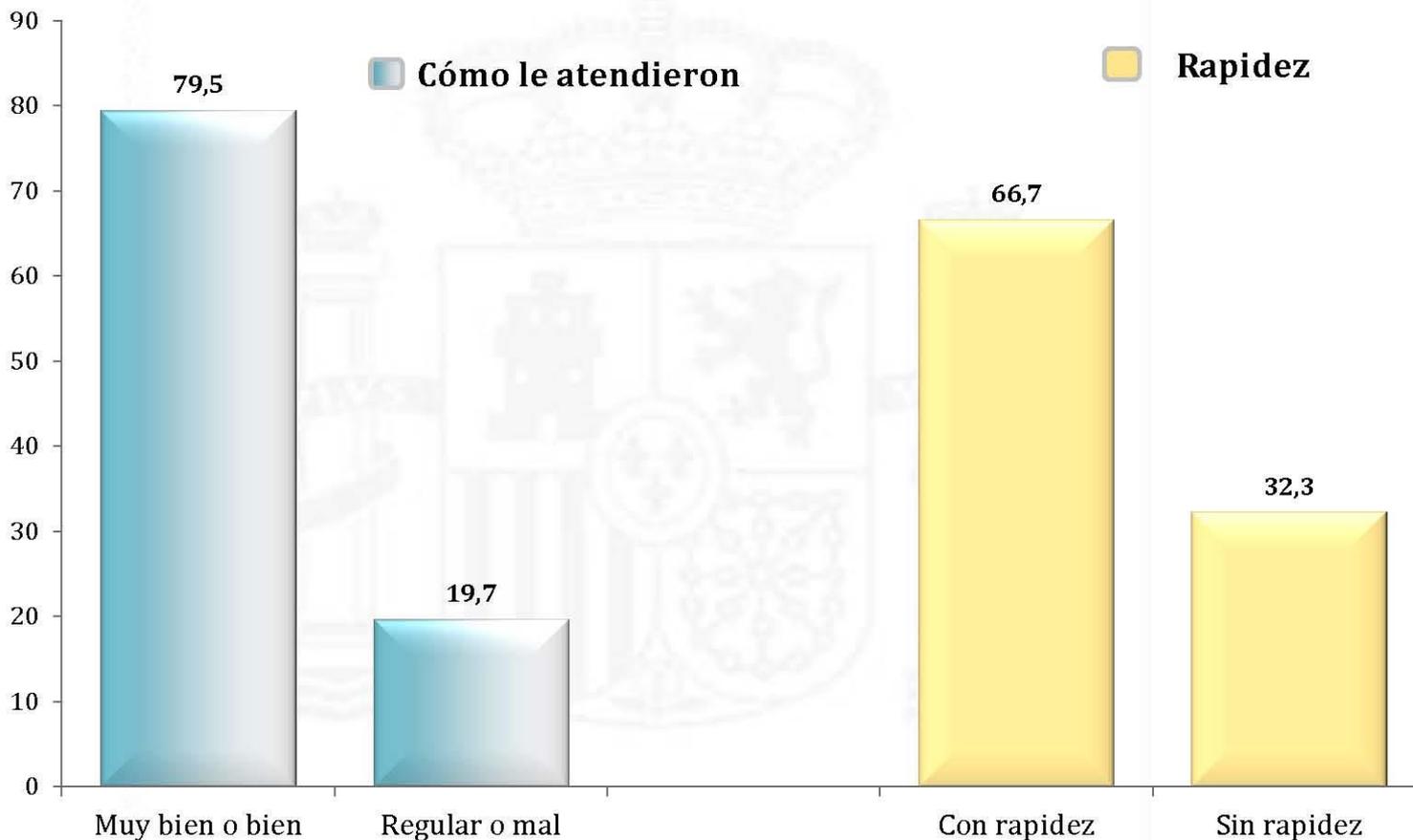
[sobre respuestas válidas]

## Proporción de ciudadanos atendidos en servicios de urgencias hospitalarios que necesitaron o no ingresar



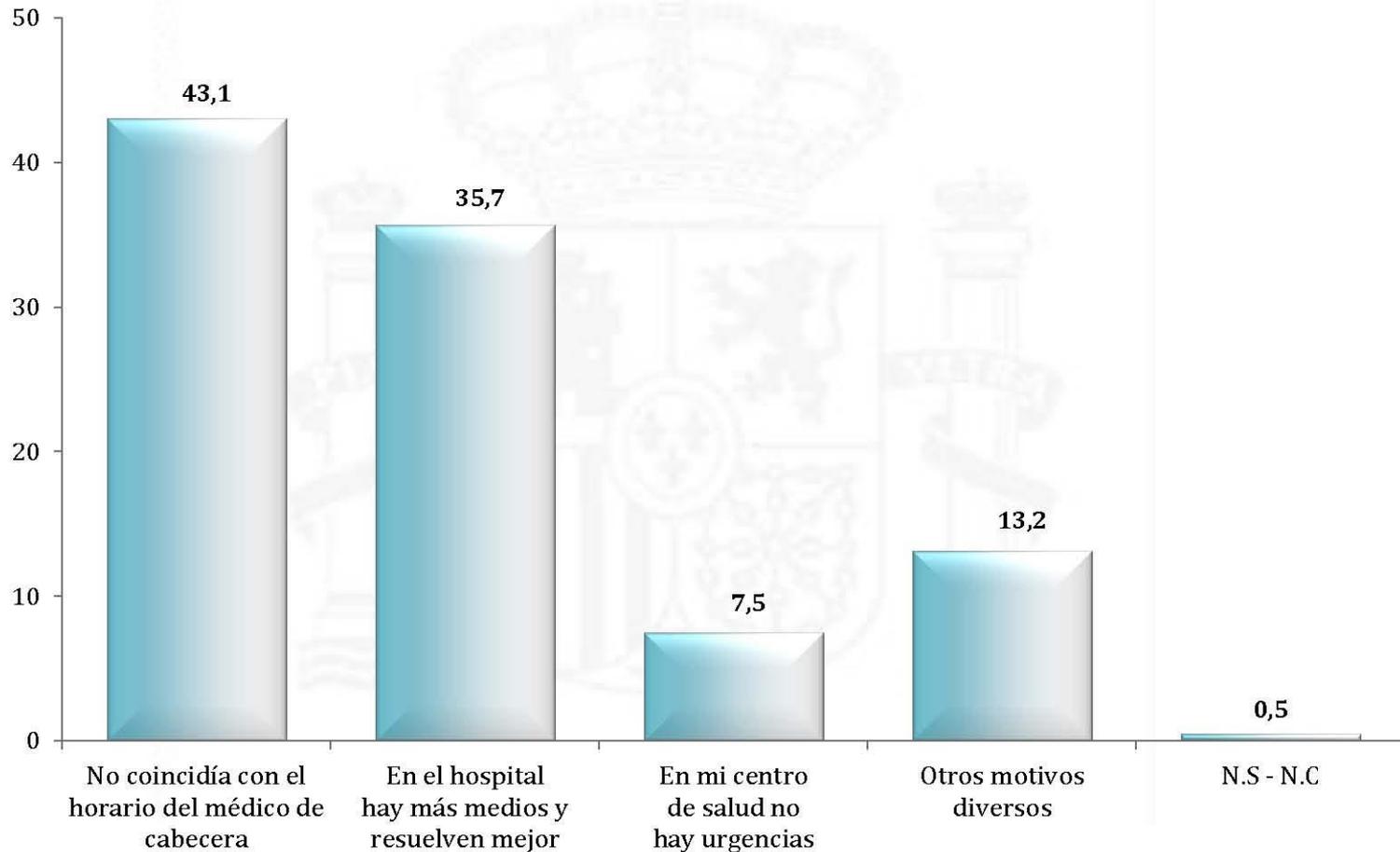


## Satisfacción y rapidez con que fueron atendidos quienes acudieron a un centro sanitario por alguna urgencia.





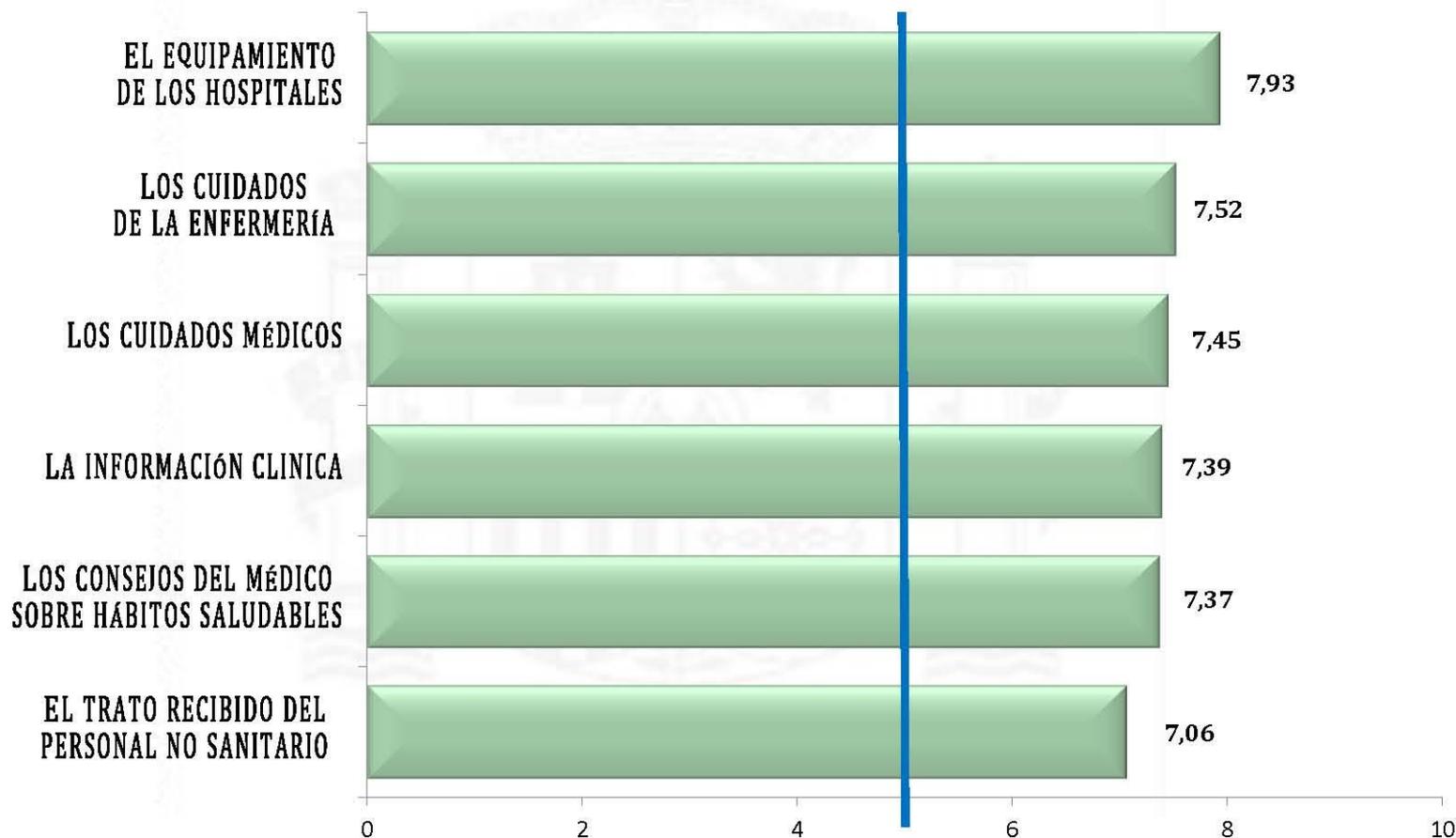
## Razones por las que decidió acudir directamente al servicio de urgencias del hospital.





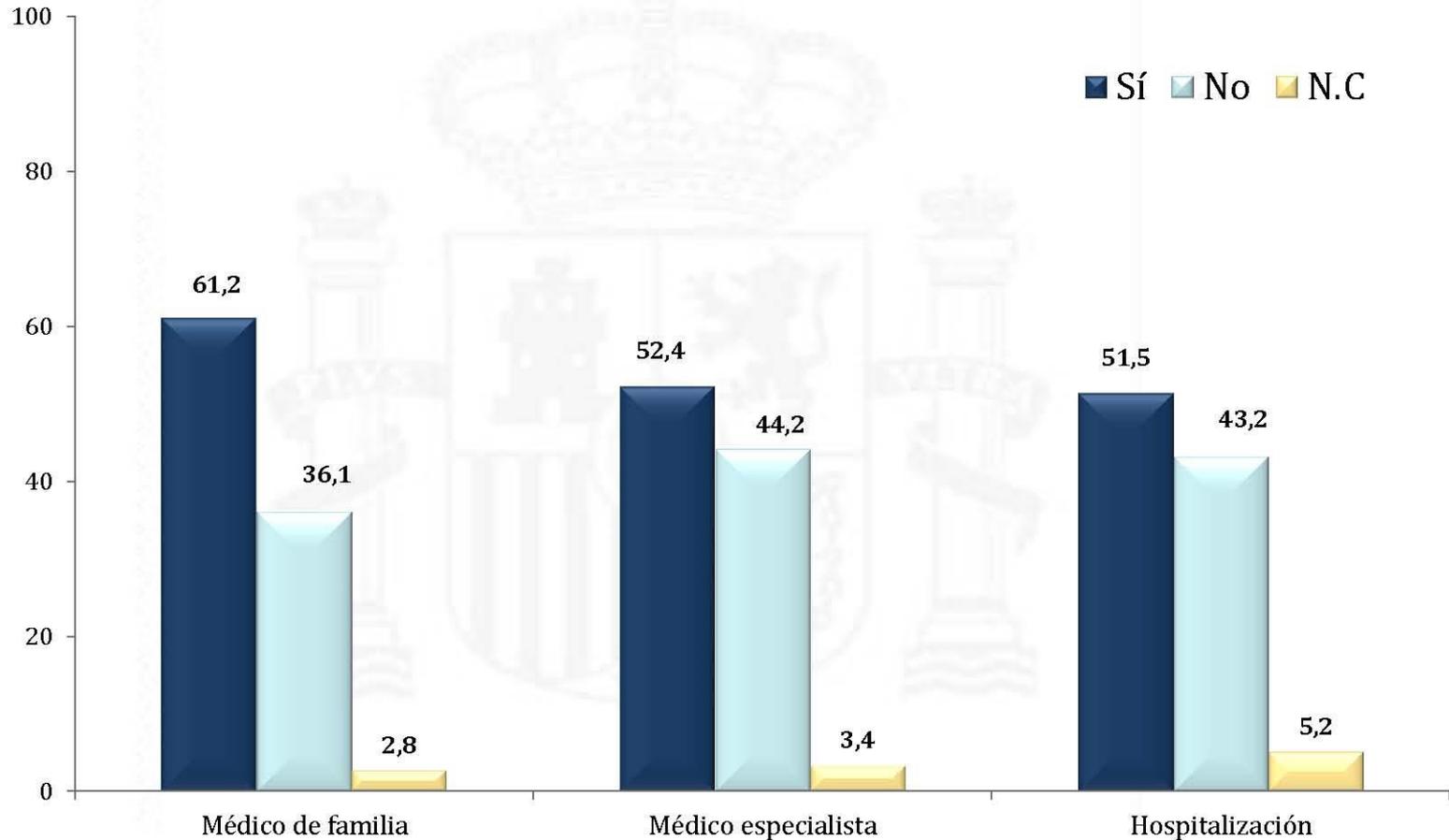
## Valoración de la atención en los hospitales de la sanidad pública.

Escala: 1 "totalmente insatisfactorio" a 10 "totalmente satisfactorio"



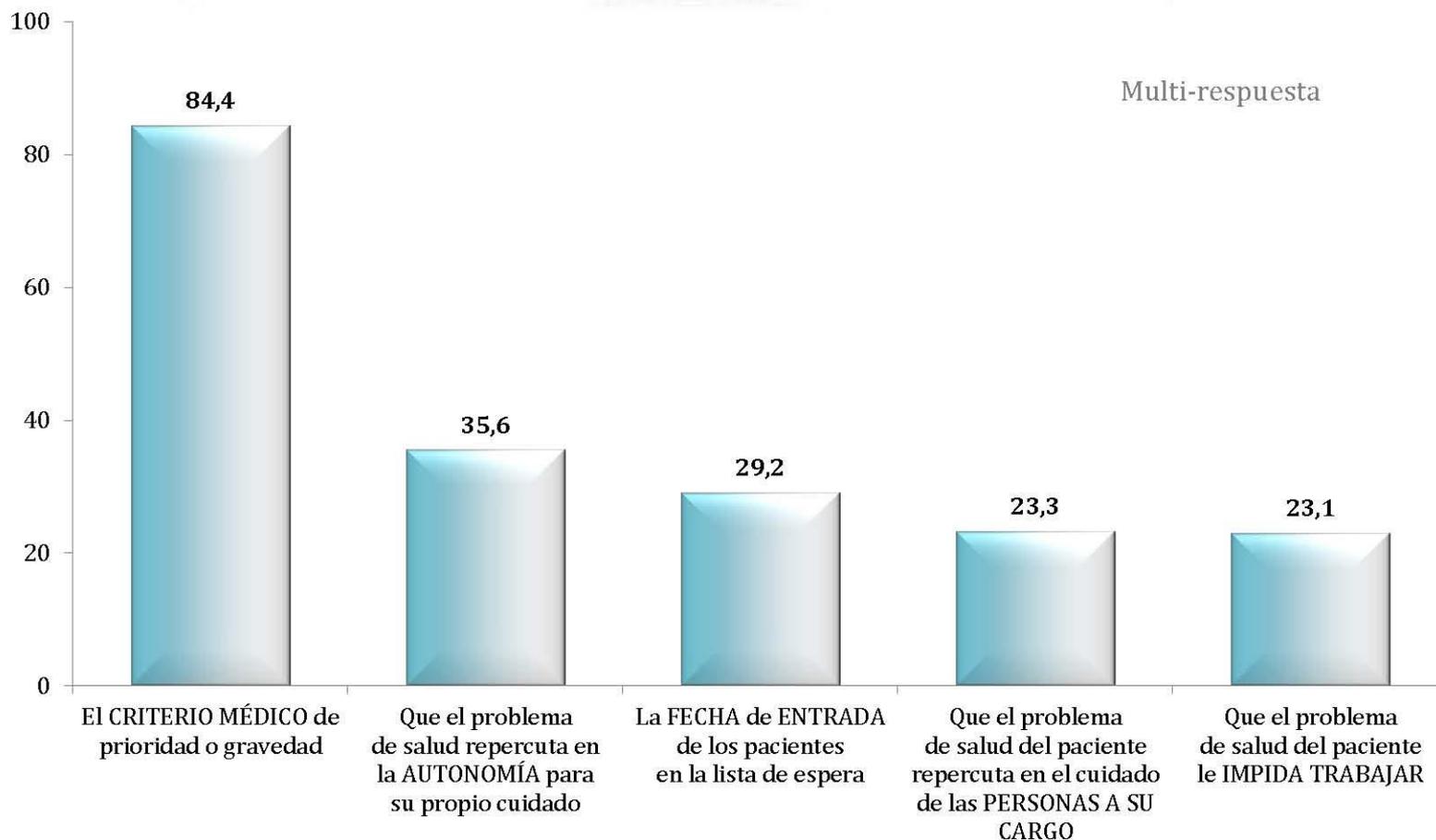


## ¿Pudo participar en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento, tanto como Usted hubiera deseado?



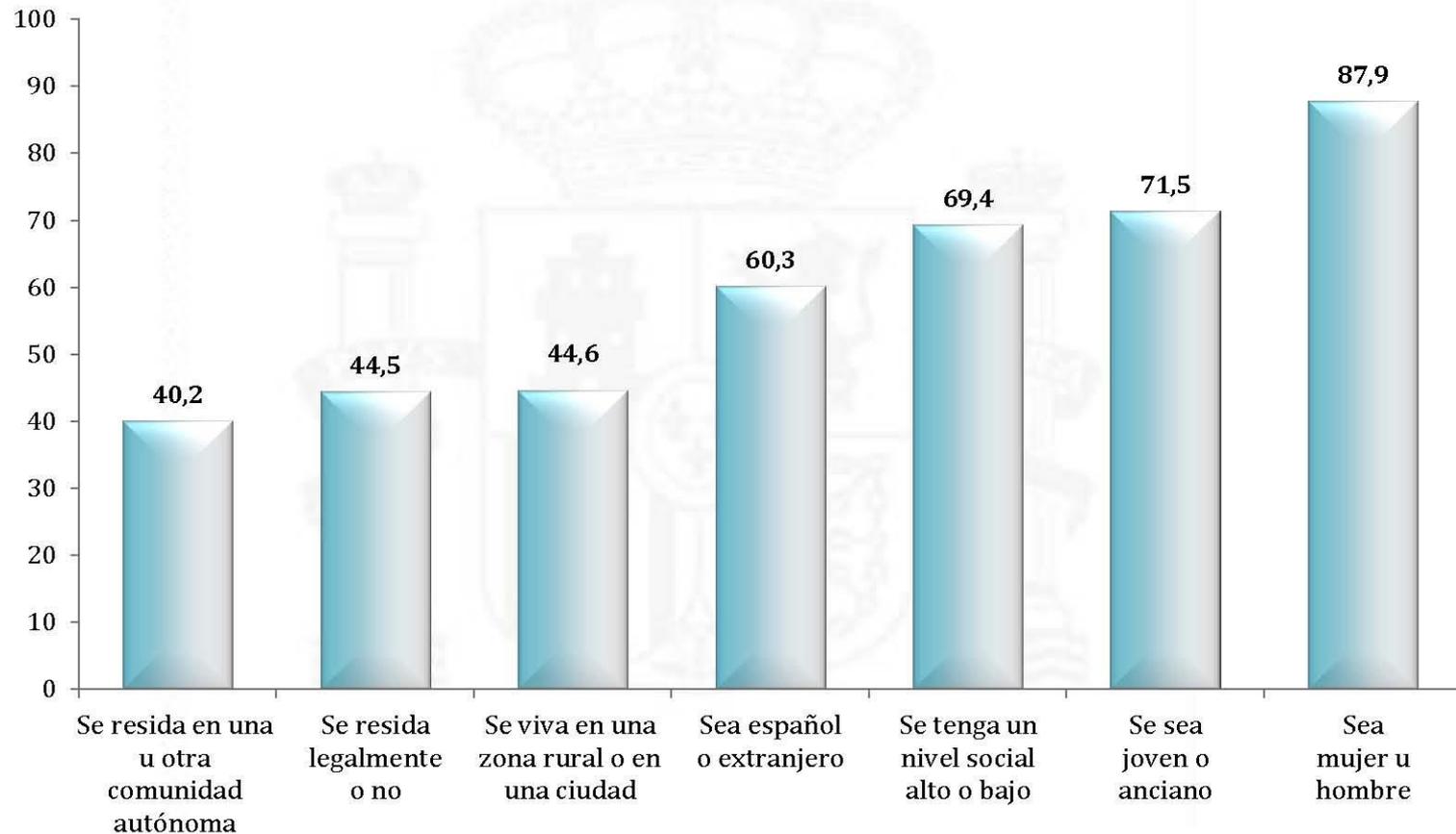


## En pacientes con misma enfermedad y necesidad de ser operados ¿Cuáles de las siguientes circunstancias cree Ud. que se deben tener en cuenta para establecer el orden de la lista de espera quirúrgica?





## Personas que consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que...





## FICHA TÉCNICA

- **Universo:** población residente de ambos sexos de 18 años y más.
- **Tamaño de la muestra:** 7.800 entrevistas, distribuidas en tres sub-muestras de 2.600 entrevistas cada una de ellas.
- **Periodo de referencia:** abarca el periodo de tiempo de marzo a octubre de 2013 en tres oleadas: marzo (segunda semana)-mayo (última semana)-octubre (primera semana)
- **Error muestral:** el conjunto de la muestra es representativo a nivel nacional, con un error de muestreo de  $\pm 1,1\%$  para un nivel de confianza del 95,5% y  $P=Q$  en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

# NOTAS EXTRAIDAS DEL ESTUDIO CONJUNTO DE LOS DEFENSORES DEL PUEBLO:

"LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN EL SNS: DERECHOS Y  
GARANTIAS DE LOS PACIENTES"

# FECUENTACIÓN

- 26 Millones en 2012 (el 80% financiación pública). Las utilizan el 15% de la población, por lo que cada usuario repetiría 3-4 veces.
- La mejor adecuación esta entre los menores de 16 años y los mayores de 65.
- En el 40% de las personas mayores atendidas, estas tienen problemas sociales añadidos.
- El 30% de las familias están afectadas por problemas de dependencia, cuya causa más frecuente es la vejez acompañada de enfermedades físicas o psíquicas.
- Se estima que para el 2020, las enfermedades crónicas serán la primera causa de discapacidad y que para el 2030, la discapacidad en mayores de 65 años se habrá duplicado.
- Las enfermedades crónicas son el motivo del 60% de los Ingresos Hospitalarios y el 50% de las camas están ocupadas por personas mayores de 65 años.
- Los Servicios de Urgencias Hospitalarios y los Servicios de Emergencias, se han convertido no solo en el único dispositivo sanitario permanentemente accesible, sino que, con frecuencia, es también el único dispositivo social accesible”.

# PERSONAL

- Según el Estudio SUHCAT 2014, solo el 50% de las horas de trabajo MÉDICO en Urgencias son realizadas por personal vinculado directamente a Urgencias y de estos, 1 de cada 4 es interino o precario.
- El 30% de las horas de Trabajo Médico las hacen Residentes.

# DERECHOS Y GARANTÍAS IMPLICADOS EN LA ASISTENCIA EN URGENCIAS

- A pesar de las peculiaridades de la asistencia sanitaria urgente, ha de recordarse que el Art. 9.2 de La Constitución Española de 1978 encomienda a los poderes públicos la tarea de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de los individuos y los grupos en que se integren, SEAN REALES Y EFECTIVOS.
- Sin embargo, el derecho constitucional a la protección de la salud de los ciudadanos esta condicionado en su realización practica por carencias materiales y estructurales, que se muestran más presentes en la percepción de los pacientes y usuarios cuando mas perentoria resulta su necesidad de asistencia, es decir, en la atención de Urgencias.

# PROBLEMAS DETECTADOS POR PACIENTES Y USUARIOS

- Inadecuación del espacio físico.
- Cierta decepción por las expectativas de resolución derivadas de la desinformación cultural sobre la naturaleza y limitaciones de la atención urgente.
- Las limitaciones del TRIAJE para detectar las especiales necesidades de los pacientes más vulnerables (mayores, oncológicos, discapacidad, enfermedad mental...)
- La insuficiente AUN de disponibilidad de la Información Clínica Informatizada, especialmente cuando la urgencia es atendida en un Centro distinto al habitual (la urgencia viene impuesta por si misma y por lo tanto no es previsible y la disponibilidad real de ej., los Documentos de Instrucciones Previas, sigue siendo una entelequia).
- La percepción del alto peso de la atención del personal en formación (30-40%).

# DIGNIDAD E INTIMIDAD I

- **DIGNIDAD:** Valor superior. ej. Contenido en el Artículo 10.1 de la Constitución como marco de los demás valores y principios. Y ligado a ella esta LA INTIMIDAD como valor y derecho amparado en el Artículo 18.
- **EN LAS URGENCIAS;CONCLUSIONES DE UN ESTUDIO** realizado en 10 HOSPITALES DE ARAGÓN:
  - 1 de cada 4 pacientes afirmo haber escuchado las conversaciones de otros pacientes con el personal.
  - 1 de cada 7,veían la EXPLORACIÓN de otros pacientes.
  - 1 de cada 10,tuvo la sensación de ser OBSERVADO por otros pacientes mientras era atendido.
  - El 40% de los PROFESIONALES reconoce dar la INFORMACIÓN siempre o casi siempre en el pasillo o delante de otro paciente.

# DIGNIDAD E INTIMIDAD II

- **OTROS DÉFICITS SEÑALADOS:**
  - **La exposición desprotegida de datos de identidad (incluida la exposición de la H C y la Documentación Clínica) o Datos Clínicos transmitidos de viva voz.**
  - **La especial vulnerabilidad de los PACIENTES TERMINALES.**
  - **El menoscabo global de la persona y su dignidad que se produce en las situaciones tan frecuentes de SATURACIÓN: Camas en los pasillos, camillas expuestas, fallecimientos presenciados y visualización sistemática por terceros de aspectos íntimos. Constituyen en su conjunto: LA CAUSA PRINCIPAL DE RECLAMACIONES.**

# AUTONOMIA DE LA VOLUNTAD Y DERECHO A LA INFORMACION

- **Tan importante y esclarecedor que bien merece la pena visualizar en su integridad las paginas 33 y 34 del Informe del Defensor del Pueblo.**
- **\*INSTRUCCIONES PREVIAS**
- **Pagina 36**
- **\*SEGURIDAD DEL PACIENTE**
- **Paginas 38 y 39**
- **Documento:Unidad de Urgencias Hospitalarias:Estandares y recomendaciones:**
- **“La saturacion en las UUH dificulta la correcta atención sanitaria cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental(IAM,ICTUS,TRAUMA GRAVE..);provoca retrasos diagnosticos;se relaciona con mayor morbi-mortalidad;favorece el error humano;(EL DERECHO A LA VIDA).**
- **Incrementa ademas la mortalidad hospitalaria global y la estancia media.(GESTION).**

# ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

- **Inmigrantes en situación irregular.**
- **Personas en especial situación de fragilidad a la hora de REQUERIR y RECIBIR asistencia y sobre todo en dos aspectos particulares, el Acompañamiento y la Priorización- clasificación:**
  - **Menores de edad**
  - **Mayores con déficit cognitivo**
  - **Personas con enfermedad mental**
  - **Personas con discapacidad**
  - **Enfermos con padecimientos crónicos**
  - **Personas en riesgo de maltrato o con especial riesgo social y las Personas en CUSTODIA**

# RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

- Suponen entre el 10-15% de las recibidas en el conjunto de los servicios sanitarios.
- **MOTIVOS** más frecuentes:
  - Demoras(En la clasificación, la atención inicial, pruebas, ingreso..).Reclamaciones muy ligadas a los déficits de INFORMACION, estimándose que si esta fuese adecuada, se reducirían entre un 70-80%.
  - Calidad percibida al Alta.
  - Competencia profesional y conocimientos.
  - Condiciones físicas y estructurales. Intimidad y confort.
  - Trato y atención de los profesionales.
  - Dotación de personal.
  - Servicios disponibles. Capacidad de resolución.
  - Calidad de la información a pacientes y acompañantes.
- Existe un generalizado CONSENSO en que debe de fomentarse la CULTURA de la Reclamación y de la Participación. Las quejas y reclamaciones no deben verse como una amenaza, sino principalmente, como una herramienta que ofrece una oportunidad para mejorar el servicio: es importante que los pacientes presenten sus reclamaciones PARA CONTRIBUIR a mejorar el Sistema y, asimismo, que en la GESTION de tales reclamaciones intervengan los Servicios y Profesionales implicados.

# CONCLUSIONES DEL INFORME

- **De especial relevancia la 1,7,10,12,13,16,17,18,19,20,23,25,26-38.**

# ESTRATEGIAS SERGAS

2014

# SITUACIÓN DE PARTIDA

## Situación de partida

- Partiamos de una situación caracterizada por los siguientes aspectos:

### Valoración de la sanidad

- Según el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Política Social, **la sanidad pública en Galicia es la peor valorada, tan sólo por detrás de Canarias**. Todos los aspectos referidos a la atención que se presta en las consultas de medicina general y pediatría son peor valorados en Galicia que en la media de España.
- El tiempo de espera es lo que menos satisface tanto a los usuarios gallegos como a los del resto de España, siendo **Galicia la comunidad autónoma con mayor porcentaje de usuarios (21% frente al 7% de media nacional) que afirman tener que esperar más de 6 meses para acudir al especialista**.
- A 31 de marzo de 2009 el tiempo medio de espera para pacientes con prioridad 1 era de 40,2 días.

### Estado de salud

- **La población gallega tiene una percepción de su estado de salud** peor que el resto de comunidades autónomas. Es la comunidad autónoma con mayor porcentaje de población que opina que su estado de salud es regular (31,1% frente al 21,8% de media) o malo (8,2% frente al 5,8% de media). El 2,5% cree que su estado de salud es muy malo frente al 1,7% de media nacional.
- Se ha producido un incremento de las patologías crónicas y de pacientes pluripatológicos.
- Galicia presenta una mayor incidencia de enfermedades del aparato respiratorio y neoplasias malignas que la media nacional.

### Demografía

- Galicia está sufriendo una **despoblación progresiva de las zonas interiores de Lugo y Ourense**. Las previsiones indican que su población se reducirá en un 4% en los próximos 9 años.
- Galicia será la segunda comunidad con mayor descenso de población, tan sólo superada por Asturias. Este descenso viene marcado por una tasa bruta de mortalidad 2,1 puntos porcentuales superior a la media nacional y una tasa bruta de natalidad 3,3 puntos porcentuales inferior.
- Galicia tiene **grandes zonas de dispersión** en el interior, siendo Lugo y Ourense las de menor densidad de población.
- La población gallega es una **población envejecida**. Según los datos de 2009 del Instituto Nacional de Estadística, el 21,2% de la población tiene más de 64 años frente al 18,3% nacional. Las provincias más envejecidas son Ourense y Lugo, con índices de envejecimiento superiores a 200 frente al 85 de la media nacional. La creciente tendencia al envejecimiento provocará mayores niveles de **sobreenvejecimiento** en el futuro.

# SITUACIÓN DE PARTIDA

## ESTRATEGIA SERGAS 2014

### Situación de partida

#### Gasto sanitario

- El gasto sanitario per cápita en España oscila entre ~1.100 € y ~1.600 €. En Galicia, (1.312 € por habitante), el gasto es similar a la **media nacional**, según datos de 2007 del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- El **gasto farmacéutico per cápita (311 €) es el tercero más elevado de España**, tan sólo por detrás de Canarias y Asturias. Este gasto supone un 19% más que la media nacional. Según datos de Farmaindustria, Galicia presenta un escaso uso de genéricos (4% frente al 8% de la media nacional) y prácticas ineficientes de prescripción y dispensación.

#### Actividad asistencial

- La estancia media en los hospitales gallegos es de 9,3 días (0,8 días superior a la media).
- En términos relativos, Galicia tiene un 13% menos de urgencias y un 7,7% menos de cirugías que la media nacional.
- En Galicia, el número de pruebas radiodiagnósticas es superior a la media nacional en términos relativos (10% más de radiología convencional, 32% más de TAC y 49% más de RMN), a excepción de las gammagrafías (2% inferior).

#### Dotación de recursos

- Galicia cuenta con una buena red de centros sanitarios.
- En Galicia, la dotación de camas y equipamiento es, en la mayoría de los casos, superior a la media nacional. La dotación de gammacámaras y PET es menor.
- La puesta en marcha del nuevo hospital de Lugo y la construcción del nuevo hospital de Vigo acumulan cierto retraso.
- Los sistemas de información gallegos son potentes y con un alto grado de integración.

#### Profesionales

- Los profesionales cuentan con un elevado nivel técnico, formación e implicación con el sistema.
- A esto se une una falta de motivación de los profesionales y la existencia de un modelo obsoleto de gestión de personal.

#### Innovación

- Tenemos magníficos profesionales y grupos en el ámbito de la investigación biomédica, con trayectoria acreditada. Sin embargo, necesitamos reforzar la coordinación entre las estructuras y organizaciones relacionadas, en particular los Institutos de Investigación Sanitaria.
- Faltan mecanismos de integración con la iniciativa del Campus Vida.
- Carecemos de un modelo de protección y transferencia de los resultados de la investigación.
- No disponemos de un sistema integral de las iniciativas innovadoras focalizado en los problemas de salud de los ciudadanos, ni de un espacio de encuentro donde converjan los usuarios, los centros generadores de conocimiento (universidades y otro organismos públicos de investigación), las empresas biosanitarias y el Servicio Gallego de Salud.

# SITUACIÓN DE PARTIDA

## Situación de partida

### ESTRATEGIA SERGAS 2014

#### Orientación a los ciudadanos y pacientes

- No hay suficientes canales de comunicación, participación e interacción con los ciudadanos.
- No está lo suficientemente potenciada la libre elección de médico y hospital.
- Existe un escaso desarrollo de la atención a colectivos específicos: pacientes crónicos, atención sociosanitaria, atención a domicilio, alta resolución, atención al paciente anciano, autocuidados, etc.

#### Gestión

- No hay una gestión eficiente de las listas de espera. Existe una heterogeneidad de criterios entre centros y no existe una priorización real de patologías.
- Existen bolsas de ineficiencia en áreas como compras y logística, procesos de diagnóstico, gestión energética, etc.
- Galicia dispone de muchos datos, que no se traducen en una información útil para la gestión eficiente y la toma de decisiones.

#### Principales problemas identificados en el Plan de Prioridades Sanitarias

- Los **problemas de salud** prioritarios identificados por la Consellería en su Plan de Prioridades Sanitarias (PPS) son: cardiopatía isquémica, cáncer de pulmón, ictus/accidente cerebral vascular, diabetes mellitus, depresión/ trastornos afectivos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de colon y cáncer de mama femenino.
- Además, el PPS identifica los siguientes **problemas relacionados con los derechos y procesos**: información sobre derechos, deberes y prestaciones; sistema de información para profesionales sanitarios; demora en consultas externas; estancia media en centros públicos; extensión de aseguramiento público a las personas residentes en Galicia; demora para pruebas diagnósticas en las consultas externas; escasa ambulatorización (de cirugía mayor ambulatoria) en centros públicos; tiempo de demora para ingreso no urgente; intervenciones quirúrgicas totales por mil habitantes; tasa de cesáreas.

# MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

## ESTRATEGIA SERGAS 2014

- **Misión:** Contribuir a mejorar la salud y promover la máxima efectividad, calidad, seguridad, equidad y satisfacción en la provisión de servicios sanitarios, garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario. Nuestro compromiso se traduce en una voluntad de innovación para proporcionar servicios humanizados y de alto nivel científico técnico, a través de nuestro principal activo: los profesionales.
- **Visión:** Consolidar un modelo sanitario innovador, sensible a las necesidades y preferencias de los ciudadanos, que fomente la implicación y motivación de los profesionales, que asegure la eficiencia en la gestión, que actúe como motor de desarrollo económico y social de Galicia, que potencie la excelencia investigadora y que esté orientado a la atracción de inversiones.
- **Valores:** La orientación al ciudadano/paciente y a los resultados, la motivación de nuestros profesionales, el compromiso con el servicio público, la eficiencia, la transparencia, la gestión del conocimiento, la participación efectiva, el rigor y la austeridad.



**Objetivos estratégicos**

1. Salud y demandas de los ciudadanos	Promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales y planes específicos
2. Calidad y seguridad	Garantizar la prestación de servicios en el lugar y momento adecuados, con los niveles de calidad y seguridad comprometidos
3. Profesionales	Definir una política de personal alineada con las necesidades del sistema y de los profesionales
4. Información	Desarrollar unos sistemas de información que faciliten la práctica clínica y la toma de decisiones
5. Sector sanitario como creador de valor	Hacer que el sector sanitario actúe como motor de crecimiento económico e impulsar alianzas estratégicas con todos los agentes implicados
6. Eficiencia	Gestionar los recursos de forma responsable y eficiente
7. Infraestructuras	Modernización de las infraestructuras sanitarias

# OBJETIVO 1

## OBJETIVO 1

Promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales y planes específicos

1.7

Participación de los ciudadanos y de los pacientes

### OBJETIVO GENERAL

Fomentar la participación del ciudadano en el sistema sanitario como forma de entender sus necesidades y lograr su implicación y responsabilidad, tanto en el sistema como con su propia salud.

### ELEMENTOS CLAVE E IMPLICACIONES:

- La participación de los ciudadanos en el sistema es un aspecto crítico.
- Queremos reforzar las iniciativas encaminadas a recoger la voz del ciudadano, sus sugerencias, sus inquietudes y sus necesidades, de forma que nos ayuden a planificar nuestras actividades y servicios.
- Para ello, realizaremos las siguientes actuaciones:
  - Impulsar la **Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos**, como mecanismo para potenciar la participación de los ciudadanos a través de talleres de formación e información sanitaria para pacientes, asociaciones, ciudadanos y comités y consejos de participación.
  - Realizar **encuestas de satisfacción** en todos los ámbitos y modalidades de la asistencia sanitaria y sociosanitaria.
  - Fomentar una mayor actividad e implicación de los diferentes órganos y **estructuras de participación comunitaria formales**: Consejo Gallego de Salud, Consejos de Salud de Área y Comisiones de participación ciudadana.
  - Poner en marcha foros y otros mecanismos de participación de los ciudadanos y pacientes.
  - Desarrollar los mecanismos necesarios para que los ciudadanos puedan enviar sus quejas, sugerencias, inquietudes y felicitaciones en todos los centros y de forma multicanal, potenciando el entorno web, y basándonos en el lema *"Entendemos sus quejas. Atendemos sus aportaciones. Deseamos sus felicitaciones. Y todo para mejorar su atención"*.
  - Definir un circuito accesible que permita a los ciudadanos **hacernos llegar sus solicitudes de información**.

ESTRATEGIA SERGAS 2014

# OBJETIVO 4

## OBJETIVO 4

Desarrollar unos sistemas de información que faciliten la práctica clínica y la toma de decisiones

4.4.

Garantizar la disponibilidad, seguridad, confidencialidad y calidad de la información sanitaria

### OBJETIVO GENERAL

Consolidar una plataforma tecnológica que permita ejecutar con garantías de éxito los proyectos de sistemas de información, garantizando la confidencialidad, disponibilidad y la seguridad de la información manejada.

### ELEMENTOS CLAVE E IMPLICACIONES:

- Garantizar la **confidencialidad** de la información clínica, asegurando el cumplimiento de Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).
- Garantizar la **seguridad en el acceso** a los servicios de tecnologías de la información y la comunicación sanitarios, independientemente de cual sea el centro desde el que se accede, público o privado.
- Garantizar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de **protección de datos**.
- Garantizar la calidad de unas **políticas de seguridad propias e independientes**. Adoptar la normas ISO de la serie 27.000 con el fin de asegurar en la organización sanitaria la correcta gestión de la seguridad de la información almacenada y gestionada.
- Garantizar la calidad en los procesos de las TIC mediante la adopción de la norma ISO 20.000.
- Aumentar la capacidad del actual **centro de continuidad de servicio y apoyo de sistemas de información**, y disponer de un **nuevo centro** informático de continuidad de servicio y apoyo.
- Evolucionar la red de voz y datos sanitaria para respaldar a las necesidades futuras de los sistemas de información de la organización.

# OBJETIVO 7

1. Promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales específicos	1.1. Estructura organizativa de gestión integrada
	1.2. Modelo de gestión de enfermedades crónicas
	1.3. Atención a colectivos específicos con necesidades diferenciadas: ancianos, niños, mujer y salud mental
	1.4. Integración de la atención sociosanitaria
	1.5. Garantía de accesibilidad: centro de servicios sanitarios multicanal
	1.6. Impulso a los programas de prevención y promoción de la salud
	1.7. Participación de los ciudadanos y de los pacientes
	1.8. Libre elección de médico y hospital
2. Garantizar la prestación de servicios en el lugar y momento adecuados, con los niveles de calidad y seguridad comprometidos	2.1. Procesos asistenciales integrados
	2.2. Garantía de atención en tiempo y forma según patologías definidas
	2.3. Procesos de alta resolución
	2.4. Atención domiciliaria y hospitalización a domicilio
	2.5. Cuidados paliativos
	2.6. Política de calidad y seguridad del paciente
	2.7. Mejores prácticas de prescripción y dispensación de medicamentos
	2.8. Colaboración de los centros privados
3. Definir una política de personal alineada con las necesidades del sistema y de los profesionales	3.1. Nuevo marco de gestión de recursos humanos
	3.2. Gestión del conocimiento
	3.3. Desarrollo profesional
	3.4. Excelencia docente
	3.5. Gestión clínica
	3.6. Comunicación con los profesionales
4. Desarrollar unos sistemas de información que faciliten la práctica clínica y la toma de decisiones	4.1. Implantar la historia clínica y receta electrónica en todos los centros sanitarios
	4.2. Proporcionar a todos los profesionales herramientas que permitan aumentar la eficiencia, la calidad y la capacitación en el trabajo
	4.3. Adaptar los sistemas de información hacia la gestión integral de los problemas de salud
	4.4. Garantizar la disponibilidad, seguridad, confidencialidad y calidad de la información sanitaria
5. Hacer que el sector sanitario actúe como motor de crecimiento económico e impulsar alianzas con todos los agentes implicados	5.1. Promoción de la investigación, innovación y transferencia de resultados
	5.2. Responsabilidad Social Corporativa
	5.3. Desarrollo del cluster de salud de Galicia
	5.4. Impulso a las relaciones internacionales
	5.5. Marco de relaciones con instituciones y grupos sociales
6. Gestionar los recursos de forma rigurosa y eficiente	6.1. Establecimiento de un marco de rigor y austeridad en el sistema sanitario público gallego
	6.2. Plataformas de diagnóstico por imagen y laboratorios clínicos
	6.3. Central de compras y plataforma logística
	6.4. Nueva estrategia corporativa de transporte sanitario
	6.5. Cartera de servicios, técnicas, procedimientos y referencias del Servicio Gallego de Salud
7. Modernización de las infraestructuras sanitarias	7.1. Nuevas fórmulas de financiación y gestión de infraestructuras sanitarias
	7.2. Construcción y puesta en funcionamiento de los nuevos hospitales y centros de alta resolución
	7.3. Construcción y reforma de centros de salud
	7.4. Renovación tecnológica

# NOTAS EXTRAIDAS DEL ESTUDIO CONJUNTO DE LOS DEFENSORES DEL PUEBLO:

"LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS EN EL SNS: DERECHOS Y  
GARANTIAS DE LOS PACIENTES"

# II XORNADAS DE COMISIÓNS DE DEONTOLOXÍA E ÉTICA MÉDICA DE GALICIA

- MESA: "Aspectos éticos y deontolóxicos de la atención en Urgencias. Perspectiva de los Pacientes"
  - CONTEXTO
  - EXPERIENCIA
  - ESTUDIO
  - ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

# CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

- **Hay 7 Capítulos dedicados a situaciones asistenciales especiales/específicas. Ninguno a Urgencias**
- **Capítulo IV. Calidad de la atención medica.**
  - Art. 21.1,21.3,
  - Art.22.1
  - Art.23.4,23.5
  - Art.24
- **Capítulo X. Trabajo en las instituciones sanitarias.**
  - Art.45.
  - Art.46.1
  - Art.47

# DOS BOTAS QUE HABLAN

LOS MUERTOS CONTINUÁN CAMINANDO DURANTE UN TIEMPO, POR MERA INERCIA, HASTA QUE CAEN EN LA CUENTA DE LO OCURRIDO

JUAN JOSÉ MILLÁS 7 JUN 2015 EL PAÍS



Vengo de un mundo en el que una de las preocupaciones máximas era el desgaste de los zapatos: tarde o temprano, aunque fueran de hierro, daban muestras de agotamiento y, tras decenas de intervenciones quirúrgicas, perecían. La muerte de los zapatos implicaba tal quebranto económico que a veces continuábamos llevándolos después de su fallecimiento y hasta su corrupción total. Un respeto, en fin, para el calzado, al que la moda relega a la categoría de “complemento” como la Seguridad Social otorga al cuidado de la boca la condición de un lujo. No obstante, y pese a su gran valor, aquí se ha enterrado a la gente siempre con zapatos. Si lo primero que uno hace al llegar a casa es descalzarse, lo perentorio, cuando llega al inframundo, es disponer de un buen calzado por si el negocio de Caronte queda lejos. No sabemos cuánto hay que caminar en el más allá, ni por qué clase de terrenos.

Observen este par de botas. Aparecieron en una fosa común, producto del aquí te pillo, aquí te mato del franquismo. El verdugo podría haberlas robado, pues no sobraban las de esta calidad y la guerra es la guerra y todo eso. No lo hizo, seguramente por no añadir más culpa a su crimen, y para que el ajusticiado pudiera alcanzar sin llagas en los pies las orillas de la laguna Estigia. Es un decir, quizá no tenía noticias de la laguna Estigia, pero tal vez creía que los muertos continúan caminando durante un tiempo, por mera inercia, hasta que caen en la cuenta de lo ocurrido. Y aquí están, 60 o 70 años después, momificadas, para decirnos algo que no sabemos lo que es.