

# **EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PUERTA DE HIERRO TRAS EL TRASLADO A MAJADAHONDA.**

- 1. Introducción**
- 2. Las Unidades de Urgencias:**
  - 2.1) Organización de nuestra Unidad de Urgencias
- 3. Hechos y repercusiones del traslado a Majadahonda:**
  - 3.1) El traslado a Majadahonda
  - 3.2) Los primeros meses
  - 3.3) Las Dificultades en la Organización
  - 3.4) AMURG
- 4. Otras Circunstancias:**
  - 4.1) Riesgos laborales
  - 4.2) La Entidad Concesionaria
  - 4.3) Situación de los trabajadores
  - 4.4) Las vivencias de los pacientes

## **5. Presente y futuro**

### **1. Introducción:**

Este documento narra las circunstancias en que ha tenido que funcionar la Unidad de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro tras el traslado a Majadahonda y todos los problemas a los que los profesionales hemos tenido que enfrentarnos para intentar asegurar la calidad asistencial. En este sentido podríamos decir que las tesis fundamentales del documento son: que el servicio presenta desde el traslado del hospital deficiencias graves, muchas de ellas previsibles y advertidas de antemano, que impiden la correcta atención médica; que habiéndose evidenciado tales deficiencias la dirección del centro y la consejería de sanidad no han puesto los medios adecuados para subsanarlas; que los trabajadores hemos hecho un esfuerzo ímprobo por poner en marcha la Unidad que no ha sido reconocido por la dirección del centro; y que disponiendo de un análisis certero y preciso de los problemas y necesidades no se está atendiendo a nuestra opinión.

Para desarrollar estas tesis hemos comenzado por presentar las funciones y necesidades básicas de un servicio de urgencias, explicando después las peculiaridades propias de nuestro hospital. Acto seguido hemos hecho un recorrido exhaustivo detallando las deficiencias organizativas y estructurales que a lo largo de los meses se han ido poniendo en evidencia y las continuas denuncias y esfuerzos de los profesionales por corregirlas.

Nos hemos detenido a analizar otras cuestiones más humanas, como el desaliento de los trabajadores, las deficiencias en la prevención de riesgos laborales, la indefensión de los enfermos, puesto que estamos convencidos de que las personas somos la base y el sostén de este edificio; y de que toda construcción humana se fundamenta en la ilusión y el empeño que en ella pongan quienes de ella participen.

Finalmente hemos hecho un cuadro somero de la situación actual y de las perspectivas futuras, y una propuesta concreta para convertir la Unidad en una referencia para toda la sanidad madrileña.

De acuerdo a nuestra profesionalidad, hemos procurado apoyar todas nuestras afirmaciones en documentación precisa, y hemos intentado relatar los hechos para que

alguien ajeno a la Unidad de Urgencias pueda comprenderlos. Pedimos de antemano disculpas si en algún momento la vehemencia o la desilusión nos han llevado a hacer juicios poco acertados.

## **2. Las Unidades de Urgencias:**

Las unidades de urgencias dan la primera asistencia en la demanda de atención urgente y determinan el circuito sanitario por el que ha de continuarse la atención del enfermo (hospitalización, consultas, atención primaria). En este sentido, además de la función de solución inmediata de problemas, cumplen con un papel importante en la gestión de recursos y se convierten, para muchos enfermos, en la puerta de entrada tanto a la hospitalización como a la atención especializada.

Debido al gran número y variedad de pacientes que se atienden son imprescindibles la existencia de filtros que permitan discriminar a los pacientes con mayor gravedad, así como la implantación de circuitos de atención diferentes en función de la gravedad y situación de los enfermos. Atendiendo a estas distintas funciones y a los niveles de atención precisados por los enfermos, los servicios de urgencias se dividen físicamente en distintos espacios.

En el funcionamiento de la Unidad se engarza la labor de varios estamentos profesionales, y para una atención eficiente es necesario el funcionamiento correcto y coordinado de todos ellos. Además de eso, es imprescindible una equipación mínima de material y una coordinación con los servicios externos a la Unidad, fundamentalmente Laboratorios y Farmacia, que permitan el rápido procesamiento de muestras y la provisión adecuada de medicación.

A todo esto se añade, en el caso particular de nuestro hospital, que se trata de una Unidad informatizada, lo que implica que la historia clínica y todos los documentos y actos clínicos se registran y se encuentran en formato informático, y que tanto la transmisión de información, como la ubicación de los enfermos, las

órdenes o la provisión de recursos se realiza informáticamente, por lo que es preciso una amplia infraestructura y un programa informático preparados para desempeñar estas tareas.

Es importante destacar que el espacio informático es un plano paralelo al plano físico que en ningún caso lo sustituye, es decir, que todas las órdenes prescritas o los cambios de ubicación del enfermo o los registros de constantes que se realizan en el ordenador necesitan al tiempo de una transmisión física de las órdenes, de un cambio de lugar físico del enfermo y de una toma física de las constantes. En este sentido, y adelantándonos al análisis posterior, señalamos que la informatización mejora el registro de actividades y actos clínicos, y reduce las necesidades de recursos administrativos adicionales, pero que falla rotundamente a la hora de transmitir la información y las órdenes entre los profesionales y que esto ha obligado a instaurar circuitos de información paralelos en papel, lo que supone, en lugar de un ahorro de tiempo, una duplicación del que se debe gastar en tareas administrativas. A este respecto señalamos, de manera anecdótica, que en EEUU, pionero en la informatización de los hospitales, apenas el 3% de los centros han conseguido informatizarse plenamente y eliminar los circuitos tradicionales, y ello contando con unas infraestructuras y unos recursos (wi-fi, terminales portátiles para cada trabajador...) que en absoluto son los que disponemos aquí.

Destacamos también que los servicios de Urgencias están diseñados para una atención limitada en el tiempo, es decir, para hacer un diagnóstico aproximado rápidamente, instaurar las medidas terapéuticas iniciales y decidir el circuito que va a seguir el paciente. Cuando por problemas de saturación el paciente no puede seguir los circuitos recomendados (hospitalización, consultas...), tiene que permanecer en urgencias mucho más tiempo del previsto precisando de unos recursos de los que la Unidad no dispone, lo que además de sobrecargar a los trabajadores supone una merma en la calidad asistencial que el paciente recibe.

Por último, queremos destacar que en los servicios de urgencias el nivel de ansiedad en pacientes, familiares y trabajadores es muy elevado, por lo que es importantísimo contar con un adecuado sistema de información a pacientes y acompañantes que permita disminuir la ansiedad y la demanda de éstos y que facilite

a los profesionales continuar su actividad asistencial.

### **2.1) Organización de nuestra Unidad de Urgencias:**

Nuestra unidad está dividida en varios espacios y distintos niveles de atención. Físicamente existe un primer nivel de atención, que es el triaje, donde se clasifica a los enfermos en función de su gravedad y su grado de dependencia y se derivan a los distintos niveles: Nivel I, para enfermos con patologías muy graves que precisen monitorización o vigilancia o cuidados continuados; Nivel II para enfermos potencialmente graves que precisen cuidados intermedios; Consultas para enfermos con patología leve y que apenas precisan recursos; Box vital, para emergencias. Además de estos espacios, para los enfermos que precisan permanecer durante un periodo de tiempo en observación, y para enfermos que están pendientes de ingreso, cuando no hay camas en el hospital, hay un área de Observación; y está proyectado, desde hace meses, que haya un área de atención a los enfermos policontusionados.

Todas estas áreas están separadas físicamente, y en ellas funcionan unos circuitos de atención independientes, y tiene cada una su propio personal asignado en cada turno.

La principal figura ocupada de la organización es la Coordinadora de Urgencias, que tiene el mando directo sobre el estamento médico (16 de plantilla y 8 de guardias) y es la principal responsable en el desarrollo de circuitos de atención, protocolos, en el análisis de los problemas que surgen en la asistencia, y está bajo las órdenes de la Dirección Médica. Sin embargo, el personal de enfermería (45 auxiliares y 64 enfermeras) son dirigidos por una Supervisora de Enfermería, apoyada por un Responsable de enfermería, y se hayan bajo el mando de la Dirección de Enfermería. Son los responsables de la provisión y reposición de material y del funcionamiento de la atención de enfermería.

Además de ellos, en la Unidad trabajan (y son indispensables) celadores, que dependen del jefe de celadores, al cargo de la Subdirección de Gestión; TIGAS, que es personal que suplente las funciones de los celadores y dependen de Clece, empresa subcontratada por la Concesionaria; personal administrativo que depende de otra

subcontrata de la Concesionaria; Informadores de urgencias bajo las órdenes de la Unidad de Atención al Paciente, etc.

Para intentar coordinar el trabajo de todos estos estamentos debería reunirse de forma periódica la comisión de urgencias, integrada por los responsables de enfermería y cada grupo de trabajadores y por la dirección del hospital. Sin embargo, al no tener capacidad vinculante, sus funciones se hallan mermadas así como su capacidad resolutive.

Para desarrollar la labor asistencial hay unos circuitos de trabajo más o menos perfeccionados para cada nivel y que delimitan qué hace quién, cuándo y dónde, es decir, que disponen el trabajo a la manera de una cadena de modo que se optimicen los recursos y se minimicen los tiempos de espera. Estos circuitos presuponen la existencia de personal en lugares concretos con funciones determinadas y de material básico para ejercer nuestra actividad. Para el desarrollo de estos circuitos es imprescindible conocer sobre el terreno la ubicación de los enfermos y de los recursos, saber los medios con los que se cuenta, y evaluar periódicamente su funcionamiento para perfeccionarlo, siempre con la flexibilidad de añadir recursos que se demuestren necesarios.

Para ejemplificar la necesaria coordinación de los recursos humanos y materiales en estos circuitos vamos a relatar el periplo habitual de un paciente que acuda a urgencias con, por ejemplo, un dolor abdominal con ictericia:

*“El paciente llegaría a urgencias. Un celador lo recibiría y lo sentaría en una silla de ruedas. Tras acompañarlo al mostrador donde un administrativo tomaría sus datos y le abriría la historia informática, lo llevaría a una sala de espera donde esperaría hasta que le tocase ser triado (aunque si estuviese muy afectado, se priorizaría sobre otros enfermos). Pasará a la sala de triaje en la que una enfermera hace la primera valoración del enfermo interrogándolo, tomando sus constantes vitales y rellenando un formulario informático. Con la patología descrita y si no tiene una importante alteración de sus constantes vitales, la enfermera determinará que pase al nivel II, y realizará su traslado informático. En paralelo, un celador deberá recoger al enfermo en la puerta de la sala de triaje y trasladarlo, en silla de ruedas al nivel II. En el nivel II el médico de Evaluación precoz lo pasará a su consulta y le interrogará y explorará someramente con objeto de determinar sus necesidades prioritarias. Abrirá su historia informática y solicitará, informáticamente, una analítica completa y una radiografía, y le pautará un analgésico al enfermo. Hecho esto (informáticamente), imprimirá su anotación con las órdenes de enfermería y las*

*peticiones analíticas, las llevará a la mesa de la consulta de enfermería de primera evaluación, donde se colocan en orden, y llevará al enfermo a la sala de espera. Cuando le toque el turno, la enfermera saldrá a la sala de espera y empujará al enfermo a su consulta, extraerá las muestras de sangre, las etiquetará y las enviará a los laboratorios, aplicará el analgésico del enfermo y lo acompañará nuevamente ya a su ubicación definitiva, en una de las salas con camillas o sillones del nivel II. Después, la enfermera anotará el nombre del enfermo en una hoja donde queda registrado para evitar su extravío por errores informáticos, y nombrará responsable del mismo a una de las otras dos enfermeras. Realizará el traslado informático y depositará el volante impreso de la radiografía en un cajetín dispuesto para los celadores, y éstos, al ver un volante allí, buscarán al enfermo y lo llevarán al servicio de radiología, donde se realizará la radiografía, y se volverá traer a la sala asignada. Posteriormente un miembro del equipo de médicos del Nivel II lo atenderá de forma más extensa, haciendo un interrogatorio amplio y una exploración detallada, en uno de los tres cuartos habilitados para ello. Si la espera ha sido larga podrá disponer de los resultados de los análisis, y con ello decidir hacerle una ecografía, lo que solicitará telefónicamente al radiólogo de guardia, hará después la petición informática, la imprimirá y la colocará en el mostrador en la bandeja de los celadores, que, una vez vista, estarán pendientes de recoger al enfermo cuando el radiólogo les avise.... estas han sido las primeras tres horas del enfermo en urgencias."*

Como podrán entender, el fallo de cualquier pieza en este delicado engranaje rompe todo el circuito asistencial y bloquea la cadena de trabajo. Así que el hecho de que no haya una silla de ruedas o un celador para transportar al enfermo, que no imprima una impresora a mitad del circuito, o que no haya un aparato para tomar la tensión, o que ese día haya faltado una enfermera, o se haya agotado la morfina es sustancialmente importante, y no puede referirse como algo anecdótico. Permitan esta digresión, pues es importante para dar a los problemas que después señalaremos la relevancia que merecen.

Ha quedado con esto esbozada la organización de la Unidad. Vamos ahora a definir las circunstancias organizativas en que se realizó el traslado del centro, pues de la falta de previsión con que aquel se realizó y de la incapacidad de solucionar los errores que entonces se detectaron vienen los problemas actuales.

### **3. Hechos y repercusiones del traslado a Majadahonda.**

#### **3.1) El traslado a Majadahonda:**

El centro comenzó su traslado a Majadahonda el 16 de Septiembre de 2008,

inicialmente con las consultas y la hospitalización, y finalmente, el 1 de Octubre de 2008 con la apertura de las Urgencias.

Durante la primavera-verano de 2008 los trabajadores del centro no recibimos ninguna información oficial sobre las circunstancias ni la fecha en la que el traslado había de realizarse. Hubo hasta tres fechas distintas transmitidas por nuestros jefes y supervisores, pero en ningún momento hubo una notificación, ni se informó a la junta de personal ni al comité de empresa. Por supuesto, tampoco se tuvo en cuenta el cambio que el traslado suponía en nuestras condiciones laborales ni cómo podía paliarse esa repercusión. En los días previos al traslado se dio a algunos trabajadores la opción de pasar por dirección médica a recibir una carta justificando el traslado del traslado, pero a la mayoría de nosotros todavía no se nos ha notificado de forma oficial.

En Julio y Agosto de 2008 los trabajadores seguimos un curso formativo de SELENE (el programa informático del nuevo Hospital Puerta de Hierro) de dos horas de duración, en grupos de 40 personas y con 24 terminales informáticos. Esa fue toda nuestra preparación para el nuevo sistema.

Durante ese mismo verano se prepararon visitas para ver el nuevo centro y se hicieron grupos de trabajo para desarrollar los protocolos de atención. Como no había certeza del personal de que se iba a disponer, los supervisores de enfermería les pidieron un cálculo aproximado de personal mínimo y que con esa base se diseñaran los circuitos de atención. Los grupos de trabajo hicieron sus protocolos contando con una plantilla de 13 enfermeras, (que se consideró el mínimo, en base a las previsiones de frecuentación, a la importante separación espacial entre los niveles y a los ratios recomendados de pacientes/enfermeras). Estos protocolos, junto con un estudio de necesidades materiales y de personal, fueron entregados al entonces supervisor de enfermería, quién los remitió a la Dirección de Enfermería.

Por su parte la Coordinadora de Urgencias había remitido a la gerencia y a la dirección médica, un documento con las deficiencias percibidas en la infraestructura del servicio y con las necesidades de material y de personal estimadas para desarrollar correctamente los circuitos de atención.

A finales de septiembre, ni la coordinadora ni los supervisores de enfermería habían recibido una respuesta formal de la dirección en que notificasen con que material y de qué personal se iba a disponer, pero ya se daba por hecho que no se iban a poder aplicar los protocolos diseñados. A 30 de septiembre de 2008, la tarde antes de abrir el servicio de urgencias, todavía no se habían instalado los ordenadores ni el mobiliario y se desconocía la dotación material de que la mañana siguiente dispondría el servicio, por lo que era IMPOSIBLE diseñar ningún protocolo de actuación alternativo a los diseñados previamente.

Por si fuera poco, la Coordinadora de Urgencias se encontraba de baja por maternidad y su puesto fue asignado a una de las adjuntas de urgencias a quien no se liberó de actividad asistencial y que no tenía preparación en gestión, por lo que se encontraba muy limitada para resolver los problemas que surgiesen.

El día 1 de octubre, sin haber comprobado las instalaciones y sin ninguna simulación previa, se abrió la Unidad de Urgencias. El primer paciente que llegó fue una mujer en parada cardiorrespiratoria que había que pasar al Box Vital para iniciar las maniobras de resucitación avanzada. Sin embargo, las puertas del Box Vital se hallaban cerradas con llave, por lo que hubo que derribarlas gastando un tiempo valiosísimo. Afortunadamente, como más tarde descubrimos, la paciente tenía un proceso terminal que no la hacía susceptible de reanimación. A lo largo del día, las deficiencias se pusieron de manifiesto, dándose el caso de patologías muy frecuentes en los servicios de urgencias, como el edema agudo de pulmón, que precisaron de la asistencia de la UCI para poder tratarse.

### **3.2) Los primeros meses:**

Tras la inauguración del hospital se pusieron en evidencia grandes defectos en el nuevo espacio. La falta de terminales informáticos, de circuitos de atención, el desconocimiento de la ubicación del material (y la falta de material), junto con la tremenda dificultad de adaptarse a un sistema informático que apenas habíamos manejado y que adolecía de importantes carencias, creó una situación de angustia

generalizada y de caos. Ya el primer día hubo que instalar unos circuitos improvisados de atención en papel (del que no disponíamos y había que “robar” en admisión) dibujando con esparadrapo unos cajetines (que no teníamos) en los mostradores, y colocando carteles hechos a mano en las puertas de las salas para definir cuál iba a ser la función de cada espacio (a día de hoy, estos circuitos “provisionales” siguen vigentes, habiendo sustituido el esparadrapo por cajetines de papelería y los carteles hechos a mano por carteles hechos con ordenador). Se suponía que el servicio, al estar informatizado, no iba a precisar la impresión ni el uso de papeles para transmitir información, por lo que no existía ninguna infraestructura pensada para gestionar toda la documentación en papel, que sin embargo, como quedó patente, se hizo imprescindible para garantizar la asistencia clínica.

En los días siguientes se empezaron a identificar los principales problemas, se idearon soluciones provisionales y se remitieron a las instancias adecuadas por los diversos cauces (coordinadora en funciones de Urgencias, sindicatos, junta técnico-asistencial, supervisores de urgencias). Tenemos constancia de las diferentes denuncias que se hicieron llegar a la gerencia y a la consejería de sanidad explicando la grave situación en que nos encontrábamos y los principales problemas a los que nos enfrentábamos, y planteando soluciones concretas. Tras estas denuncias, el DGHH se hizo cargo del hospital y prometió públicamente solucionar todos los problemas de la Unidad.

A día 16 de Octubre se permitió, pese a la opinión generalizada de que no estábamos preparados, la llegada de ambulancias al hospital, bloqueada previamente mientras se completaba la adaptación (con una frecuentación, sin que hubiesen empezado a llegar las camillas, similar a la del antiguo centro). A día 17 de Octubre se remitió a la Viceconsejera de Sanidad y al Director de Hospitales un escrito narrando la dramática y angustiosa situación que se vivió la tarde previa, detallando las necesidades prioritarias del servicio y demandando soluciones a los problemas principales.

En las siguientes semanas aumentó la dotación informática (había comenzado con un terminal para cada 4 trabajadores, teniendo que abrir y cerrar la sesión entre uno y otro, y siendo necesario el uso del terminal para cualquier acto clínico), sin

embargo apenas se modificaron ninguno de los demás aspectos denunciados. A finales de Octubre, los trabajadores comenzaron a plantear “soluciones” que se iban haciendo llegar a gerencia, como un reordenamiento de las peticiones de SELENE, una propuesta de Sesión Única, una estimación de las necesidades de personal... documentos remitidos en Octubre y para los cuales, a día de hoy, no se ha recibido respuesta.

Durante el mes de Noviembre se registran y ordenan los distintos problemas y se comienza a diseñar soluciones internas provisionales: Son los trabajadores los que en sus horas libres crean documentos para la revisión y dotación del Box Vital, los que compran en IKEA cajetines y carpetas y ordenan los distintos espacios, los que buscan muebles viejos del antiguo hospital y los reutilizan para adecuar los espacios, los que reparten las funciones para cada puesto de trabajo... Al tiempo se crea una lista de distribución de correo en la que el personal vamos poniendo en común las deficiencias que percibimos y aportando soluciones a las mismas, y desde donde la coordinadora nos informa de las distintas novedades y de los avances que se van logrando.

### **3.3) Las Dificultades en la Organización:**

En estos primeros meses, a parte de las deficiencias que se denuncian comienzan a evidenciarse otros problemas relacionados con la organización. Por un lado, la coordinación del trabajo en la urgencia y el diseño de circuitos se vuelven casi imposibles dado que cada estamento depende de una Dirección distinta y aunque los trabajadores tengamos el ánimo de trabajar en equipo, esto no parece compartirse desde el ámbito directivo. En concreto, la dirección de enfermería parecía considerar que el personal es un recurso móvil que no debe tener un puesto asignado, sino que va variando a lo largo de la jornada; que no deben existir unas normas de funcionamiento interno dada la madurez de los profesionales; y que el trabajo de enfermería es independiente del trabajo médico (ideas que nos onfirman en una reunión con dirección de enfermería en Marzo de 2009, permitiéndonos entender entonces algunas de las razones del desorden). Esta concepción imposibilita el desarrollo de los

circuitos de atención y el trabajo en equipo, y se opone frontalmente a la idea que tienen la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, la Coordinadora de Urgencias, la Dirección Médica y el conjunto de los trabajadores.

Junto a esto, existe una falta de previsión en la contratación de personal de enfermería que hizo que durante los meses de Octubre y Noviembre hubiese que cubrir múltiples plazas con personal disponible sin ninguna preparación ni experiencia en la urgencia (se habían aumentado los puestos de enfermería a cubrir y había disminuido el personal pues parte de él se había marchado a pediatría). Esto supuso que en estos meses hasta el 40% del personal era disponible y cambiaba día a día, lo que dificultó mucho el diseño de unos circuitos de actuación que debían hacerse sobre el terreno y en base a la experiencia del personal.

A finales de Noviembre y en Diciembre se empezó a contratar ya personal (no experimentado) para cubrir esas necesidades, con lo que la plantilla se estabilizó. Sin embargo, durante los siguientes meses (hasta Abril) se producen múltiples bajas de personal (muchas de ellas debidas a problemas de ansiedad laboral) que no se cubren, y se evidencia un importante descontrol en la organización de las planillas, pues todos los días falta personal, en algunas ocasiones hasta cuatro personas en el mismo turno [entre el 14 de febrero y el 14 de abril (gracias a unos libros de incidencia que los propios trabajadores colocamos para registrar los problemas que surgen en la urgencia) hay 62 faltas registradas de personal de enfermería (faltas que no se cubren, por lo que el resto del personal debe asumir esas tareas rompiendo cualquier estructura de trabajo prevista)].

Y a esto se suma la dimisión en Diciembre del supervisor de enfermería. Tras su dimisión es la supervisora de área la que toma las riendas de la urgencia, y nombra como Responsable de la urgencia a un enfermero de 24 años, con 5 meses de experiencia laboral en la urgencia, mucho más joven y menos preparado que la mayoría de ellos. Durante unos meses (hasta marzo), no hay un responsable fijo de enfermería en la Urgencia, pues la Supervisora de Área tiene más ocupaciones a parte de la Urgencia, y el Responsable no ha recibido ninguna formación para asumir esas tareas. A finales de Marzo llega la nueva supervisora, que está en estos momentos haciéndose cargo de la situación.

### 3.4) AMURG

A finales de Diciembre, cuando ya se han producido varias bajas laborales y ninguno de nuestros esfuerzos por mejorar la urgencia parece que vaya a prosperar, la situación de los trabajadores del servicio es realmente angustiosa. En ese momento la calidad de la asistencia sanitaria que se ofrece es pésima. Los enfermos esperan hasta 8 horas para ser atendidos, faltan medicaciones, materiales de primera necesidad, no se puede ofrecer una alimentación adecuada... Además de los importantes retrasos en la atención, la precariedad de las instalaciones y la sensación de inseguridad que se transmite incrementan el nerviosismo de los pacientes y los familiares, por lo que son frecuentes los enfrentamientos entre estos y un personal emocionalmente agotado.

Ante estas condiciones, y viendo que las vías establecidas, a pesar de su empeño, no consiguen solucionar los problemas planteados, un grupo de trabajadores de todos los estamentos decide crear una asociación, convencidos de que desde ella podrán hacer fuerza desde otro frente para conseguir unos objetivos comunes, que son diseñar los circuitos de actuación y definir las necesidades de personal y de material (y conseguir que se faciliten), establecer sistemas de información a los familiares, fidelizar y estimular a los trabajadores de la Unidad, y plantear un plan formativo para lograr la excelencia de la misma.

La Asociación firma su acta fundacional el 21/1/09 y celebra su primera asamblea el 12 de Febrero, contando en ese momento con 49 asociados. Como puede comprobarse por las actas de las asambleas, la asociación cumple principalmente una labor organizativa, creando un foro donde se ponen en común los problemas, se estudian y se plantean soluciones. Desde el principio destacan las dificultades para conseguir el personal adecuado y las importantes carencias materiales (gasas, sueros, sillas de ruedas, aparatos de EKG...), además de la ausencia de un responsable de mantenimiento que se responsabilice de subsanar el fallo de las infraestructuras. Convencidos de que estos problemas de personal, material y de infraestructuras dificultan seriamente nuestro trabajo, se decidió colocar unos libros de incidencias en los que registrar diariamente esas carencias, y cuya lectura evidencia la precariedad con la que, a 5 meses del traslado, seguíamos desarrollando nuestra labor. Estos libros

se presentaron a la Dirección de Enfermería el 12 de Marzo de 2009. No se pudieron presentar a la Dirección Gerencia porque ésta no accedió a reunirse con la asociación.

Paralelamente a la denuncia interna de los problemas de la urgencia, se prosigue en el diseño de sistemas de trabajo, y así se redactan unas normas organizativas generales para médicos, se hacen inventarios de los distintos niveles, se desarrolla un protocolo de Evaluación Precoz en Intermedios (que se implanta y demuestra en un estudio clínico una disminución de más de 2 horas en la espera del enfermo), se plantea un plan formativo...

En el mes de Abril, habiendo intentado comunicar a la gerencia los problemas con los que nos encontrábamos, y que apenas habían variado respecto de los planteados a la consejería 5 meses antes, tras notificarlo a la consejería, se decidió hacer una denuncia pública en la que anecdóticamente se detallaban algunos de estos problemas (dificultades para alimentar a los enfermos, esperas en el triaje, fallos en algunos aparatos) [curiosamente, los problemas detallados y para los que nuestros responsables (Supervisores y Coordinadora) habían demandado soluciones múltiples veces a lo largo de los meses previos, se solucionaron en los días siguientes a publicitarse su existencia].

El 30 de Abril de 2009 el Director General de Hospitales se reunió con la asociación y prometió hacerse cargo de todas nuestras demandas en el plazo de un mes. Al día siguiente, llevados por la desconfianza (tal vez infundada), la asociación emitió una nota de prensa en la que hacía pública la reunión y el compromiso adquirido por el Director. La consejería negó en ese momento que esa reunión se hubiese producido, restándole al compromiso del Director toda su fiabilidad.

Posteriormente, a lo largo del mes de mayo, la Consejería realiza algunos gestos que parecen estar en relación con las denuncias de la asociación (sustitución de los Gerentes del Hospital y de la concesionaria, contratación de una enfermera de refuerzo por tres meses, promesa de instalación inmediata del sistema de triaje MANCHESTER...), sin embargo, a día de hoy, no se ha producido ninguna reunión directamente con la asociación ni se ha explicado, en ningún ámbito del que tengamos constancia, las soluciones que se va a dar a los problemas denunciados ni los plazos que van a seguirse.

## **4. Otras Circunstancias:**

### **4.1) Riesgos laborales**

Sobre los hechos relatados queremos añadir algunos comentarios sobre circunstancias determinadas. En primer lugar, el papel del servicio de riesgos laborales y las dificultades que ha encontrado para desarrollar su labor. La premura del traslado dio lugar a que se comenzase a trabajar en unas condiciones inseguras y poco higiénicas: no se había hecho un plan de evacuación, ni siquiera, a 16 de noviembre, se habían conectado los SPRINKLERS (las bombas de agua para los sistemas de aspersión anti-incendio); había cuadros eléctricos puenteados, extintores sin colocar, cajas de seguridad con los precintos rotos... En cuanto a la higiene, no se disponía (ni se dispone) de jabón, ni toallas, ni colgadores de papel higiénico en los aseos, ni en los lavabos de las consultas, ni se habían limpiado los restos de la obra. Sobre esto, la organización del trabajo obligó a destinar ciertas salas a ciertas funciones para las que no habían sido habilitadas, o a colocar ordenadores donde eran necesarios pero no existía mobiliario para ello, conformándose todo con apaños provisionales. Las múltiples peticiones de habilitación que se han ido realizando para acondicionar los espacios no han tenido respuesta y así, tras 8 meses desde el traslado, los espacios del servicio siguen funcionando con las disposiciones provisionales que se adoptaron al principio, es decir, tapas de las cajoneras arrancadas para convertirlas en bandejas para el ordenador, mesillas viejas del otro hospital habilitadas para hacer de mostrador, puertas que sirven de colgador de toallas, sábanas tapando las ventanas para preservar la intimidad de los enfermos o protegerlos del sol...

Durante estos meses, el servicio de riesgos laborales ha presentado informes semanales reflejando la situación general del hospital, y detallando varias veces la situación particular del servicio de urgencias, y sin embargo, la mayoría de deficiencias señaladas no se han solucionado. Según se informó en el comité de seguridad y salud, a 10 de febrero, apenas se habían solucionado el 5% de las notificaciones remitidas a la entidad concesionaria. Sobre esa dificultad para subsanar las deficiencias detectadas, el servicio de Riesgos Laborales sufre una importante falta de personal. Dos médicos y dos técnicos de riesgos laborales tienen que hacer frente a

los problemas de 5000 trabajadores (en unas condiciones de muchísimo estrés laboral), revisar semanalmente toda la infraestructura del hospital y denunciar sus fallos, organizar las campañas de prevención y vacunación... Evidentemente, la dotación del servicio de Prevención es claramente deficitaria (la mitad de personal que el H. Ramón y Cajal, con el mismo número de trabajadores y en unas circunstancias que multiplican el trabajo), y su capacidad de acción ha sido mínima (al menos por la respuesta que se ha dado a sus partes), lo que mantiene a los trabajadores en un constante riesgo y perpetúa unas condiciones de trabajo “provisionales” que incumplen en varios puntos las normativas.

#### **4.2) La Entidad Concesionaria:**

Otro aspecto de nuestra situación que merece una mención especial es la relación con la Entidad Concesionaria. Ésta se ocupa de la gestión estructural del edificio y de los servicios externalizados, y para ello dispone de una serie de subcontratas asignadas a distintas tareas, sin que se conozca cuales son las atribuciones de cada empresa, ni quién es el responsable con el que contactar en cada caso, por lo que lo habitual es que quien quiera resolver un problema básico como arreglar un enchufe o conseguir una etiquetadora de despacho en despacho durante semanas sin hallar ninguna solución. Esta situación se viene denunciando desde el inicio del traslado, y se ha solicitado múltiples veces que se nombre un responsable de mantenimiento, o una figura que haga de puente entre la gerencia y las diversas empresas de la Entidad Concesionaria, sin que se haya obtenido todavía ninguna respuesta.

A esta dificultad para localizar a los responsables se suman los problemas que la Entidad ha puesto a los suministros de materiales, en base a pactos realizados antes del traslado y que no contemplaban la realidad de las necesidades (así durante meses nuestra unidad solo recibía 4 tonners semanales cuando tenía 23 impresoras en activo; o 30 comidas como máximo, con independencia del número de enfermos...); además, de trabar la existencia de stocks, de retrasar las entregas de material y de medicamentos, etc.

Por último, también en relación con la Entidad Concesionaria merece un

parágrafo el problema de los TIGA's: Los TIGA's son las figuras que vienen a sustituir a los antiguos celadores, al menos en sus principales funciones. La figura del celador/TIGA, aunque parezca de la menor importancia es trascendental en el funcionamiento de la Unidad de Urgencias: un enfermo habitual en la Unidad sufre 5-8 traslados entre los distintos puntos del circuito; muchas de las muestras biológicas tienen que ser transportadas manualmente a los laboratorios; y además, los enfermos encamados necesitan cambios posturales, cambios entre camillas, ayuda para el aseo, tareas importantes habitualmente asumidas por los celadores y para las que las auxiliares ni están preparadas ni cuentan con la plantilla suficiente. Según nuestras estimaciones, la necesidad mínima de celadores por turno es de 8 (actualmente 5 que pueden reforzarse con 2 disponibles), y con sólo asegurar eso la repercusión en el trabajo sería muy notable.

Los problemas surgen toda vez que la plantilla de celadores está siendo sustituida por TIGA's, dependientes de una subcontrata y con atribuciones y distribución mal establecida. El primer punto es que no se sabe si están capacitados para manipular a los enfermos, por lo que no pueden ayudar a las tareas básicas de limpieza y cambio postural. El segundo problema se deriva de que los TIGA's no tienen una clara asignación espacial dentro del hospital, y aunque hay turnos en los que están presentes en un nivel determinado de la urgencia, en otros su dotación es escasa y es preciso localizarlos telefónicamente cada vez que se les necesita. Y el tercer y principal problema es que la Entidad ha comenzado a despedir TIGA's y a multiplicar el trabajo de cada uno de ellos asignándoles varias zonas simultáneamente, a pesar de que su presencia continua es una clamorosa necesidad.

#### **4.3) Los problemas informáticos.**

Desde que la unidad se puso en marcha se vienen denunciando graves problemas informáticos y exigiendo soluciones. Siendo este problemas (como muchos de los otros mencionados) comunes a todo el hospital, en noviembre se nombró un grupo de estudio para analizar los principales y hallar soluciones. Este grupo, tras varias reuniones infructuosas con los responsables de SELENE, se disolvió por inoperancia.

En paralelo se formó un grupo de trabajo formado por representantes de todos los hospitales con el sistema informático, con responsables de la consejería y de la empresa informática, que llevan meses trabajando en la solución de los principales

problemas, pero cuyos logros, a día de hoy, han sido eximios. Esto se debe, en gran parte, a que se fían las soluciones a la instalación futura de la versión moderna del sistema informático, o al desarrollo de aplicaciones para versiones posteriores. Es llamativo que nuestro centro comenzara a funcionar con la versión SELENE 5.0 cuando en otros centros de la comunidad ya estaba funcionando la versión 5.3, donde algunas de las deficiencias ya habían sido subsanadas.

También es llamativo que, estando instalados en varios servicios del hospital la sesión de inicio única, en nuestra Unidad no lo esté a pesar de que se ha solicitado repetidas veces. Esto hace que los ordenadores se bloqueen entre usuario y usuario, y obliga a reiniciar frecuentemente los terminales, produciendo bloqueos en la atención del enfermo. En situaciones de urgencia, cuando es preciso hacer un TAC inmediatamente es estúpido tener que perder 4-5 minutos en reiniciar un equipo para poder hacer la petición informática (puesto que si no se hace, no es posible hacer el TAC...)

Entre algunos de los grandes problemas que produce el sistema informático están las dificultades para comunicarse con otros sistemas informáticos de unidades especiales (Servolab, Farmatools...) que son necesarios en Farmacia, Laboratorios, UCI... y que produce pérdidas de información (que repercuten en el extravío de resultados analíticos, en la falta de reposición de medicamentos o que obligan a duplicar la entrada de datos en dos sistemas informáticos distintos). También es destacable la mala organización intuitiva del sistema, las múltiples ubicaciones informáticas que hacen que los enfermos “se pierdan” por las decenas de “salas” informáticas en las que hay que buscarlos, las frecuentes e inexplicadas pérdidas de datos (desaparecen peticiones, notas...), etc.

De todo ello, uno de los aspectos más alarmantes, que se venía advirtiendo y que ya hemos tenido ocasión de comprobar en algún caso clínico, es que el sistema carece de alarmas, de tal forma que nadie es advertido en el caso de que una analítica presente un resultado peligroso. Es decir, que si a un paciente de una consulta a otra se le solicita un cultivo o un análisis, y se encuentran unas cifras alteradísimas de potasio, o una infección grave de su rodilla, nadie tiene acceso a ese dato hasta la siguiente visita del enfermo (si es por el mismo proceso), de no ser que diariamente se repasen paciente por paciente todas las analíticas que se hacen.

#### **4.4) Situación de los trabajadores.**

Queríamos hacer una mención a la situación anímica de los trabajadores. Aunque en este documento una referencia a la ansiedad o la desilusión de los profesionales parezca improcedente, debería ser de la máxima importancia para cualquier gestor de recursos humanos asegurar la implicación de sus trabajadores en el proyecto a realizar, procurar su satisfacción y estimular sus competencias y habilidades. En esta Unidad, el sentir general de los trabajadores es que se nos ha maltratado. El personal de urgencias, la mayoría procedente del antiguo hospital, se caracteriza por su juventud y su ímpetu, y por su dedicación vocacional a la atención en urgencias. Además de eso, el ambiente laboral previo al traslado (como lo demuestran encuestas de satisfacción entre residentes) era uno de los mejor valorados del hospital. En ese sentido puede decirse que muchos de los trabajadores considerábamos la urgencia como nuestra casa, y a los compañeros de trabajo como una segunda familia.

Para nosotros las situaciones vividas tras el traslado han supuesto un durísimo golpe personal y profesional. Por una parte las dificultades para ejercer nuestras tareas con profesionalidad y con garantías de calidad han generado muchísima inseguridad y angustia. Por otro lado, la inutilidad de todos nuestros esfuerzos por mejorar la situación, por implantar protocolos, por encontrar soluciones ha llevado poco a poco al desánimo y la frustración. Por último, el contemplar el abatimiento y la desesperación de compañeros a los que quieres con un cariño sincero ha provocado en nosotros sentimientos de rabia y de frustración. En medio de este magma de sentimientos negativos hemos procurado siempre encontrar una razón para seguir luchando por nuestra Unidad, y en nuestros mensajes de mail se puede ver, en medio de frases como “...si me quedo de baja siento que he perdido y que ya nunca volveré junto a vosotros, pero si sigo yendo a trabajar no sé qué será de mí” otras como “vamos, vamos... mucho ánimo a [tod@s...](mailto:tod@s...) vamos a hacer de esto algo que merezca la pena”. Sin embargo, este excepcional esfuerzo de los trabajadores por mantener la ilusión tiene un límite, y una vez cruzado ya es muy difícil volver a conseguir que un trabajador se implique en la Unidad, luche por mejorar su funcionamiento, o vuelva a tratar a los pacientes con el cariño y la dedicación con que lo hacía meses atrás.

De todas los problemas señalados en este documento, éste, el del estado moral de los trabajadores es sin duda el más grave, pues la ilusión y la motivación no son valores mensurables, ni pueden recuperarse una vez perdidos, ni se pueden encargar a una subcontrata, y son claramente el armazón indispensable de cualquier proyecto que se lleve a cabo. Y aunque esta debilidad moral se deba a los múltiples problemas señalados, estamos seguros de que de haber tenido una comunicación fluida con la directiva del centro y si ésta nos hubiese explicado los motivos por los que no se ponían soluciones y el futuro hacia el que nos encaminábamos, habrían evitado tanto desaliento como existe actualmente.

#### **4.5) Las vivencias de los pacientes:**

Por encima de la angustiada situación que los trabajadores hayamos podido pasar está todavía la angustia que han pasado los enfermos y las situaciones de desprotección en sus derechos y de inseguridad a que se han sometido. Seguramente no se haga ningún estudio serio que aborde las repercusiones del traslado en la atención clínica, pero por datos indirectos y por experiencias directas personales podemos colegir que la atención que han recibido estos meses ha sido deficiente. Por una parte sabemos que las esperas se han multiplicado, sobre todo los primeros meses, respecto al antiguo centro (hasta 8 o 9 horas en las zonas de consultas). Por otro lado tenemos constancia de las reclamaciones interpuestas, una media de 4 por día, 5 veces más que en el otro hospital. También contamos con los tiempos del triaje, ocasionalmente más de 3 horas para que una persona le pregunte por primera vez qué le ocurre (situación ésta que supone un riesgo inasumible para los ciudadanos). Y sabemos también del número de conflictos con familiares, habiéndose producido varias intervenciones de la policía y teniendo registrados varios partes de agresión en Riesgos laborales, circunstancias éstas excepcionales en el antiguo centro. Y somos consciente de que durante meses, muchos enfermos no han podido alimentarse durante su estancia en urgencias, ni asearse, ni han recibido el trato que nos hubiera gustado ofrecerles. Sobre eso podríamos afirmar que todos los profesionales nos hemos visto en la frustrante situación de no poder ofrecer, por falta de medios, una solución al problema del paciente o de vernos obligados a demorarla mucho más tiempo del indicado.

Cabe señalar, como circunstancia que agrava la indefensión del paciente, que el responsable final de contestar las reclamaciones que ellos interponen a la urgencia es la Coordinadora, es decir, que cuando alguien escribe una reclamación al hospital porque no ha recibido comida en 36h, tiene que responderle pidiéndole disculpas la persona que lleva 2 meses peleando a diario por conseguir que le suministren las dietas.

## **5. Presente y futuro:**

A pesar de que el cuadro pintado pueda parecer desalentador, los trabajadores de la Unidad confiamos en que todavía es posible encauzar la situación. En estos momentos podemos señalar que a lo largo de estos meses se han producido algunas mejoras, véase: ha mejorado mucho la dotación de terminales informáticos, que es suficientes para desarrollar el trabajo con normalidad; se están organizando las plantillas de enfermería y se está sustituyendo al personal de baja, por lo que las faltas de personal son mucho más esporádicas que en meses previos. Además, en las últimas semanas ha sido habitual contar con refuerzos de enfermería en alguno de los niveles (se ha explicado que esta circunstancia obedece a la situación de alarma por la gripe porcina), aunque se prevé que esto sea temporal; también se ha solucionado el tema de las comidas; y por encima de estos datos, todos los profesionales nos hemos adaptado a la labor en precariedad, a funcionar con un solo EKG en toda la urgencia, a tener que escribir las historias clínicas de pie y de espaldas al enfermo, a empujar las camillas o ir a recoger en persona a los pacientes de radiología...

Sin embargo, sobre estas mejoras tenues y este proceso de adaptación, los profesionales de la unidad no nos hemos conformado y seguimos dispuestos a convertir la Unidad en un servicio de alta calidad asistencial. Hemos enviado a los responsables de la consejería un documento donde exponemos las soluciones que creemos podrían poner solución a esta situación, aunque aún no hayamos recibido respuesta. Lo que en ese documento solicitamos es lo que sigue:

### **1. Organización del servicio:**

Es primordial, dados los problemas organizativos que está teniendo la unidad, y que se derivan en gran parte de la multiplicidad de estamentos distintos implicados en su funcionamiento y de la ingente burocracia que la existencia de una Entidad Concesionaria supone, que se faciliten las tareas organizativas. En ese sentido proponemos, y consideramos primordial:

1. Que se dote a la unidad de **personal administrativo** propio que facilite las tareas organizativas
2. Que se reforme la **comisión de urgencias**, de modo que en ella estén representados todos los agentes implicados: dirección del centro, coordinadora de urgencias, supervisora de enfermería, responsable de los celadores, responsable de la Entidad Concesionaria y representantes de los trabajadores y de las especialidades que realizan atención en urgencias.
3. Que se dote a dicha comisión de cierta **capacidad ejecutiva** y se facilite su **reunión periódica**. Quincenalmente en una primera etapa, espaciándose después sus reuniones a medida que se solucionen los problemas.

## **2. Dotación de personal:**

Consideramos prioritario que se adecuen las plantillas a las necesidades. Aunque sería deseable una plantilla óptima entendemos que se debe conseguir de forma paulatina, pero hay ciertos **requerimientos de personal imprescindibles** que deben proporcionarse desde este momento:

1. Asegurar la presencia continua (en puestos fijos) de 8 celadores/TIGAS en la Unidad (5 por la noche).
2. Adaptar el número de enfermeras a las necesidades de los niveles de atención: 2 en triaje, 4 en el nivel II (3 de atención + 1 para el sistema de Evaluación Precoz en el nivel Intermedio, EPI) , 4 en el nivel I, 2 en consultas y 3 en Observación (si se mantienen abiertas 36 camas), disminuyendo el número en el turno de noche (1 en consultas, 1 en triaje, 3 en el nivel I)
3. Incrementar a 10 el número de auxiliares en cada turno, para asegurar la correcta atención a los enfermos dado el alto grado de dependencia que estos tienen, y la eficaz reposición y dotación de material. Sería deseable que una de ellas, en cada turno, se encargase de la reposición de almacenes y del inventariado general.
4. Incrementar la dotación de la plantilla médica a 20 profesionales de modo que permita que alguno de ellos se dedique a la formación continuada y al desarrollo de protocolos de actuación, y que se puedan cubrir los periodos formativos (cursos, congresos...) a que los profesionales tienen derecho.

### **3. Estructura, infraestructura y dotación de material:**

Es necesario que una unidad de atención urgente no presente en ningún momento carencias de material o problemas de mantenimiento que no puedan solucionarse de forma inmediata. Respecto a los problemas estructurales que se han puesto de manifiesto, el deficiente diseño arquitectónico de la unidad precisa una adecuación a su función que debe comenzar a planificarse. Proponemos:

1. Que se asegure la **reposición y dotación de material** de acuerdo a las previsiones de la supervisora de enfermería.
2. Que se nombre un **responsable de mantenimiento**, dependiente de la entidad concesionaria, que se haga cargo de las múltiples deficiencias detectadas y de los desarreglos que puedan producirse en el aparataje, y que se responsabilice de gestionar su solución con las distintas subcontratas.
3. Que se forme un grupo de trabajo, con arquitectos incluidos, para planificar la **remodelación de la unidad** (primordialmente, para crear un espacio de atención a pacientes politraumatizados), y que se detallen los plazos en que se ha de llevar a cabo.

### **4. Riesgos laborales:**

Dados los alarmantes informes que desde septiembre viene presentando el Servicio de Prevención, y cuyas denuncias se han ignorado, queremos un compromiso firme de **solución para las deficiencias detectadas**, con plazos fijados, y que a partir de este momento sus notificaciones se atiendan con la premura que merecen.

### **5. Información a pacientes y familiares:**

Debemos crear mecanismos adecuados de información continuada a familiares y pacientes y eso exige, además de la existencia de personal especializado, la infraestructura necesaria para mantener la comunicación y el diseño de **material informativo que explique el funcionamiento (real) de la Unidad** y evite la ansiedad y angustia que producen las esperas prolongadas.

### **6. Desarrollo de protocolos y diseño de circuitos de atención:**

Aunque este trabajo se viene desarrollando por los trabajadores en su tiempo libre, su implementación se ha frenado por las importantes carencias del servicio. Si se adecuan las dotaciones de material y personal, creemos que deben formarse **equipos mixtos que a lo largo de varias jornadas de trabajo diseñen el**

**funcionamiento de la unidad**, y que sus propuestas deben ser consensuadas con la dirección y aplicadas después (cubriéndose las infraestructuras que se demanden para asegurar la calidad de la atención).

#### **7. Problemas informáticos:**

Aunque los múltiples fallos que el sistema SELENE presenta deben subsanarse simultáneamente en todos los hospitales de Madrid, es por lo menos necesario que exista **un experto del sistema que acuda periódicamente** para comunicarse con los trabajadores o los responsables, que explique los “trucos” que el sistema tiene para facilitar su manejo y que recoja las carencias detectadas para trasladarlo al grupo de trabajo oportuno.

#### **8. Participación de los trabajadores:**

Los trabajadores de la unidad creemos necesario y justo que se nos permita **participar en las tareas organizativas**, bien a través de la representación en la comisión de urgencias, bien organizando grupos especializados de trabajo. También consideramos fundamental **que se nos informe** de los planes que la dirección tiene para el futuro de la unidad y **que se pacte con nosotros la consecución de nuevos objetivos**. Reiteramos nuestro total interés por hacer de ésta una Unidad eficiente y modélica, y queremos implicarnos (como hasta ahora) en su consecución.

#### **9. Desarrollo de un plan formativo:**

Por las especiales habilidades y capacidades que el servicio exige, es fundamental que haya un **plan formativo que prepare al personal** de nueva incorporación para su tarea, **y que mantenga la formación continuada** del personal que ya forma parte de él.

Por nuestra parte existe el compromiso de hacer de esta Unidad un referente para toda la sanidad madrileña y española. Con los medios adecuados estamos dispuestos a poner nuevamente toda nuestra ilusión y nuestro esfuerzo en crear un servicio humano, dinámico y excelente, y creemos que es posible conseguirlo. Nos gustaría desarrollar un plan de mejora donde se marquen los objetivos precisos a lograr y las diferentes etapas para ello, y estamos seguros de que el personal estará dispuesto a desarrollar nuevamente los protocolos de actuación, a definir los circuitos de atención y a implicarse en garantizar una asistencia de la máxima calidad y con la máxima eficiencia.

**AMURG, Asociación para la Mejora de la Urgencia del Hospital Puerta de Hierro.**

**Madrid, a 2 de Junio de**

**2009**