



DEFENSOR DEL PUEBLO



DEFENSOR DEL PUEBLO  
ANDALUZ



SÍNDIC DE GREUGES  
DE CATALUNYA



VALEDOR DO POBO



DIPUTADO DEL COMUN



ARARTEKO



EL JUSTICIA DE ARAGÓN



SÍNDIC DE GREUGES  
COMUNITAT VALENCIANA



PROCURADOR DEL COMÚN  
CASTILLA Y LEÓN



DEFENSOR DEL PUEBLO  
DE NAVARRA

## **OSPITALEKO LARRIALDIAK OSASUN SISTEMA NAZIONALEAN: PAZIENTEEN ESKUBIDE ETA BERMEAK**

**HERRIAREN DEFENDATZAILEEK  
ELKARREKIN EGINDAKO AZTERLANA**

Azterlan hau, *Ospitaleko larrialdiak Osasun Sistema Nazionalean: pazienteen eskubide eta bermeak*, Herriaren Defendatzaileen Espainiako erakundeek egin dute, Madrilgo, Andaluziako, Kataluniako, Galiziako, Kanarietako, Euskal Herriko, Aragoiko, Valentziako, Gaztela eta Leongo eta Nafarroako Herriaren Defendatzaileek, hain zuzen ere.

2015eko urtarrila

1.	HELBURUA ETA METODOLOGIA.....	5
2.	OSPITALEKO LARRIALDIETAKO TESTUINGURUA .....	9
2.1.	Ospitaleko larrialdietako maiztasuna. kronikotasunaren eragina .....	9
2.2.	Ospitaleko larrialdi-zerbitzuen osaera eta funtzionamendua .....	12
3.	LARRIALDIETAKO LAGUNTZAKO ESKUBIDE ETA BERMEAK .....	16
3.1.	Larrialdietan osasuna babesteko eskubidearen baldintzak eta eraginkortasuna .....	16
3.1.1.	<i>Baliabide materialak</i> .....	17
3.1.1.1.	<i>Egitura eta baliabide teknikoak</i> .....	18
3.1.1.2.	<i>Pazienteen sailkapena. Mailakatzea</i> .....	21
3.1.1.3.	<i>Informazio-sistemak. Laguntza-mailak koordinatzea</i> .....	22
3.1.2.	<i>Giza baliabideak</i> .....	24
3.1.2.1.	<i>Horniketa eta prestakuntza</i> .....	24
3.1.2.2.	<i>Barruko mediku egoiliarak. Larrialdietako prestakuntza eta ikuskaritza</i> .....	27
3.2.	Duintasuna eta intimitatea .....	29
3.2.1.	<i>Gai orokorrak</i> .....	29
3.2.2.	<i>Gainezkaldiak</i> .....	31
3.3.	Borondate-autonomia eta informazioa jasotzeko eskubidea .....	33
3.3.1.	<i>Baimen informatua</i> .....	33
3.3.2.	<i>Aurretiko argibideak</i> .....	37
3.3.3.	<i>Informazio klinikoa</i> .....	37
3.4.	Pazienteen segurtasuna .....	38
4.	EGOERA AHULEAN DAUDEN PERTSONEN ARRETA.....	43
4.1.	Egoera irregularrean dauden etorkinak .....	44
4.1.1.	<i>Presako laguntza ordaintzeko konpromisoa eta laguntza horren fakturazioa</i> .....	46
4.1.2.	<i>Laguntzaren jarraipena ziurtatzea</i> .....	48
4.2.	Egoera ahulean dauden pertsonen arreta ematea eta lagun egitea ..	49
4.2.1.	<i>Adingabeak</i> .....	50
4.2.2.	<i>Urritasun kognitiboa duten adinduak</i> .....	52
4.2.3.	<i>Buruko gaixotasunak dituzten pertsonak</i> .....	52

4.2.4.	<i>Desgaitasunak dituzten pertsonak</i> .....	53
4.2.5.	<i>Gaitz kronikoak dituzten gaixoak</i> .....	55
4.3.	Arrisku- edo gatazka-egoeran daudenaren zantzuak dituzten pertsonen arreta .....	56
4.3.1.	<i>Tratu txarrak antzematea</i> .....	56
4.3.2.	<i>Gizarte-arriskuko egoerak</i> .....	57
4.4.	ZAINZAPEAN DAUDEN PERTSONAK.....	59
5.	KALITATEA ZERBITZUAREN BETEKIZUN ETA BERME GISA .....	60
5.1.	<i>Kalitatea eta profesionalen jardunbidea</i> .....	61
5.1.1.	<i>Profesionalen jardunbidea</i> .....	61
5.1.2.	<i>Larrialdi-zerbitzuen kalitatea eta akreditazioa</i> .....	64
5.2.	<i>Kexak eta iradokizunak ebaluatzea</i> .....	66
5.2.1.	<i>Kexa eta iradokizunen sistemaren funtzionamendua. Esku hartzen duten agenteen ikuspegia</i> .....	67
5.2.2.	<i>Kexa eta iradokizunen taxonomia. Kexa gehien jasotzen dituzten gaiak</i> .....	69
6.	ONDORIOAK.....	71
	ERANSKINAK .....	78
I.	eranskina: Azterlana prestatzeko lan-saioretan jorratutako gaien zerrenda irekia.....	78
II.	eranskina: Azterlana prestatzeko lan-saioretako partaideak .....	88

## 1. HELBURUA ETA METODOLOGIA

Konstituzioaren 43. artikulua botere publikoek osasuna babesteko eskubidearen aintzatespenaren inguruan zer zeregin duten azaltzen du; eskubide hori, gainera, konstituzioan bertan dago jaso. Agindu hori politika sozial eta ekonomikoen printzipio gidari gisa ageri da konstituzioan, eta horrek indarra kenduko lioke, baldin eta beste eskubide bati estuki lotua ez balego, bizitzeko eta osasun fisikorako eskubideari, alegia; izan ere, eskubide hori oinarritzeko da eta konstituzioaren 15. artikulua aintzatesten du. Horixe adierazi du Auzitegi Konstituzionalak behin baino gehiagotan, bereziki epai hauetan: 35/1996, 3. OJ; 119/2001, 6. OJ; eta 5/2002, 4. OJ.

Botere publikoei dagozkien zeregin horiek garrantzitsuak eta askotarikoak dira eta, gainera, biztanle ugariren premiei erantzun behar diete. Gauzak horrela, lurraldea antolatzeko gure sisteman egitura konplexuak sortu dira (lehenbiziko mailan, adibidez, 17 osasun-zerbitzu eta kudeaketa-erakunde bat daude, Estatuaren Administrazio Orokorrak konstituzioaren 149.1.16 artikuluari jarraikiz dauzkan eskumenez gain); egitura horiek, gainera, handiak dira eta gastu asko eragiten dituzte. Hori guztia bat dator herritarrek, gainerako politika publiko sektorialen aldean, osasun-politikei ematen dieten garrantziarekin.<sup>1</sup>

Garrantzi hori dela eta, herritarren eskubideak defenditzen dituzten erakundeek osasunaren kudeaketarekin zerikusia duten kexa ugari jasotzen dituzte. Kexa gehienak gai hauen ingurukoak izaten dira: ebakuntza kirurgikoak edo proba diagnostikoak egiteko itxarote-zerrendak, farmaziako prestazioak, baliabideen kokapenaren eta etengabeko arreta-guneetako (osasun-zentroetako eta zerbitzu espezializatuak) ordutegiaren inguruko arazoak, giza baliabideen eskasia eta prestazioen katalogoa, besteak beste. Larrialdiei dagokienez, zerbitzuek gainezka egiten dutela eta horrek pazienteen arretan ondorio kaltegarriak dituela aipatzen digute gehien; dena den, larrialdi-zerbitzuak zorrotzago aztertuz gero ikusten da horren guztiaren azpian gai ugari daudela.

Herriaren Defendatzaileek elkarrekin lehen azterlan hau egitea planteatu genuenean, ospitaleko larrialdiak hartu genituen analisi-eremutat, faktore

---

<sup>1</sup> Herritarrek zerbitzu publikoen garrantziaz duten pertzepzioan, garrantzitsuena osasuna da, eta gero pentsioak eta hezkuntza. Hori jarri dute agerian Estatuko Politika Publikoen eta Zerbitzuen Kalitatearen Ebaluazio Agentziaren (AEVAL) hainbat txostenek. Guztiak ikusteko: AEVAL, *Calidad de los servicios públicos en tiempos de austeridad*, Ogasun eta Herri Administrazio Ministerioa, 2014, 41.

hauek aintzat hartuta: 1) presio etengabea jasaten duen laguntza-arlo bat da; 2) biztanleriaren zahartzearen inguruko aurreikuspen demografikoa eta patologia kronikoen pixkanakako ugaritzea ikusita, ez dirudi eskaria gutxituko denik, baldin eta neurri estrukturalak hartzen ez badira;<sup>2</sup> 3) ospitaleko larrialdi-zerbitzu, -eremu eta -unitateak (OLZ) asko aldatu dira azken hamarkadatan, baina ez da laguntza-ereduaren inguruko hausnarketarik egin, sistemaren koherentzia globala hobetze aldera; 4) herritarren aburuz, zerbitzu horiek oso garrantzitsuak dira osasunerako duten eskubidea ziurtatzeko; 5) ospitaleratzen diren paziente gehienak aurrez larrialdi-zerbitzuetara heltzen dira (zehazki pazienteen ehuneko 61),<sup>3</sup> eta 6) larrialdietan gaixoen premiei oso azkar erantzun behar zaienez, haien eskubideak urratu daitezke, eta lekuak, batzuetan, ez du laguntzen eskubide horiek ziurtatzen.

Larrialdi-zerbitzuentzat zaila da Osasun Sistema Nazionaleko (OSN) erreferentzia-gune oinarrizko eta kritikoa ez izatea. Osasunaren Mundu Erakundeak larrialdiaz egin duen definizioa ikustea nahikoa da («edozein leku edo jardueratan ezustean sortzen den arazoa, askotariko jatorriak eta larritasun aldagarriak dituen, eta arazo hori sortu zaion subjektuari edo haren familiari arreta berehala jaso beharraren premia sortzen diona»)<sup>4</sup> erakundeak zerbitzu horietarako sarrera-fluxuaren parte handi bat ezin duela kontrolatu ulertzeko, azken batean erabiltzaileen edo haien gertukoaren pertzepzio subjektiboen mende baitago. Gainontzean, larrialdietako medikuntza-jarduna osasunaren beste arlo batzuetakoa baino gehiago aztertzen dute, bai herritarrek (erabiltzaile zuzen izan ala ez), bai pazientei arreta ematen jarraitzen duten osasuneko profesionalek, haien zerbitzuetara heltzen direnean.

Gauzak horrela, Herriaren Defendatzaileek iritzi zioten, pazienteen eskubide eta bermeak ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako jardunean nola aplikatzen diren oro har aztertuz gero, kudeaketa-erakundeek, OSN osoak eta herritarrek kalitatearen

---

<sup>2</sup> Nahaste kroniko eta arrisku-faktore nagusiek gora egiteko joera dute. *Espainiako Osasunari buruzko Galdeketa Nazionala* (ENSE), 2011-2012, 2013ko martxoaren 14an argitaratua. Estatistika Institutu Nazionala eta Osasun, Gizarte Zerbitzu eta berdintasun Ministerioa.

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm>.

<sup>3</sup> 2013ko ospitaleko erikortasunari buruzko galdeketaaren arabera, kontzeptu horretan sartzen dira «medikuak presaz ospitaleratzea agindutako pazienteak, larrialdi-zerbitzuetatik heldu ala ez»; dena den, zalantzarik gabe, paziente gehienak ospitaleko larrialdi-zerbitzuen bitartez heltzen dira. Kontsulta egiteko:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>.

<sup>4</sup> OME berak definizioa osatu du, eta adierazi du larrialditzat hartu behar direla, baita ere, «motel bilakatzen diren eta nahitaz heriotza eragin ez dezaketen arren, konplikazio larriagoak saiheste aldera arreta gehienez sei orduan jaso behar duten patologiak».

kultura hedatzeko aukera izango zutela. Horrek behar du izan zerbitzu publiko aurreratu guztien helburu nagusia, are gehiago osasuna babesteko eskubideak zaintzeaz arduratzen den lehen babes-eremuan.

Azterlan honek, beraz, hiru helburu nagusi ditu, parte hartu duten hamar erakundeek proiektuaren hasierako fasean zehaztutakoak, hain zuzen ere: 1) larrialdietako osasun-arretan zaindu behar diren eskubide eta bermeak eta horiek aplikatzeko estandarrak zehaztea, 2) egoera ahulean dauden pertsonen arreta bereziki aintzat hartzea eta 3) herritarren kexa eta iradokizunak zerbitzuaren barometrotzat eta zerbitzua hobetzeko tresnatzat hartzea.

Proiektua gauzatzeko talde-lan bat eratu genuen, parte hartu duten erakunde guztietako kideez osatua, eta talde-lan horren lehen egitekoa erakunde guztietan jasotako kexen mapa bat egitea izan zen. Iritzi genion Herriaren Defendatzaileek, kexak bideratzen eta zentroetara bisitak egiten duten eskarmentua dela eta, egoera ondo ezagutuko zutela eta, beraz, azterketa ikuspegi kualitatiboa oinarritzat eta jasotako ezagutza hori abiapuntutzat hartuta egin genuen. Aipatu eskarmentuari dagokionez, ikusi genuen salatutako arazoan, antzemandako hutsen eta prozesuak aldatzeko zailtasunen inguruko ezaupide orokorrak oso antzekoak zirela.

*Corpus* hori oinarri hartuta eta dagoen literatura aztertuta, galdeketa bat egin genuen, hainbat kolektiborekin batera egiteko lan-saioak prestatze aldera. Partaideei bidali genien funtsezko dokumentuan (hiru saioetan dokumentu berbera erabili genuen) pazienteek OLZko arretan dituzten eskubideen egitura legalaren zirriborroa egin genuen. Sintesi hori egiteko honako arau hauek hartu genituen aintzat (ahal izan genuen heinean, ez genituen legeak zehatz-mehatz aipatu): Osasunari buruzko apirilaren 25eko 14/1986 Lege Orokorra; biologiaren eta medikuntzaren aplikazioetan giza eskubideak eta gizakien duintasuna babesteko Europako Kontseiluaren Hitzarmena; eta 41/2002 Legea, azaroaren 14koa, pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren alorreko eskubide eta betekizunak arautzen dituena.

Jurisprudentziak ere aipatu genituen, labur-labur, eskubideen helmena eta edukia moldatzen dituztelako. Ondoren, deia egin zuten erakundeek jaso eta aztertutako kexen arrazoi nagusiak laburtu genituen, gaika. Epigrafe batzuetan, informazioa osatze aldera, osasuneko profesionalen kontsultak egin genizkien.

Hala, 124 galdera zehaztu genituen, azterlan honetako I. eranskinean jarri ditugunak, hain zuzen ere. Dena den, aipatu funtsezko dokumentuak argi uzten zuen egindako galdera-zerrenda irekia zela. Asmoa ez zen partaide guztiek gai guztien inguruko iritzia adieraztea, ezta gai guztiak zorrotasun berarekin aztertzea ere bilera guztietan. Partaideek eztabaidak gehien interesatzen zitzaizkien gaietara bideratzeko eta aintzat hartu gabeko beste gai batzuk nabarmentzeko aukera izan zuten, baita bileran bertan edo bilera ondoren idatziz ekarpenak egiteko ere. Azterlan hau, beraz, deia egin zuten erakundeek erabakitako aurreko ereduaren emaitza baino gehiago da.

Bilera sektorialak egin genituen, partaideek aztertu beharreko arazoen gainean antzeko ezaupideak izan zitzaizten. Gonbidatutako pertsona eta erakundeen zerrenda egiteko erakunde antolatzaileen ekarpenak eta ordezkari- eta aniztasun-printzipioak hartu genituen kontuan. Guztira, saioetan 61 lagunek parte hartu zuten (II. eranskinean dago partaideen zerrenda). Saioak ordena honetan egin genituen:

- **Pazienteen eta erabiltzaileen ordezkariekin** 2014ko irailaren 16an elkartu ginen, Madrilan, Herriaren Defendatzailearen egoitzan. Saio horretan, larrialdietako pazienteen elkarte espezifikorik ez zegoenez, gonbidatu genituen, batetik, larrialdi-zerbitzuetan gehien tratatzen dituzten patologiak dauzkaten pazienteak babesten dituzten erakundeak; eta bestetik, egoera ahulean dauden kolektiboetako jendeari laguntza eta babesa eskaintzen dioten erakundeak.
- **Profesionalekin** 2014ko urriaren 1ean elkartu ginen, Iruñan, Nafarroako Herriaren Defendatzailearen lehendakariarekin. Saio horretara gonbidatutako guztiak larrialdi-zerbitzuetako profesional sanitarioak ziren.
- **Osasun-zerbitzuen kudeatzaileen ordezkariekin** 2014ko urriaren 20an elkartu ginen, Sevillan. Bilera Andaluziako Herriaren Defendatzaileak antolatu zuen. Deialdia lurraldeko 18 osasun-administrazioei egin zieten eta guztiek baiezkota eman zuten. Beraz, osasunaren arloko lurralde-administrazio guztiek parte hartu zuten, salbu Aragoiko Osasun Zerbitzuak, ezin izan baitzuten bertaratu.

Saio horietan 25 orduan aritu ginen eztabaidan, eta 1.172 esku-hartze izan ziren. Saioetako ahotsa grabatu genuen, lanerako material baliagarria izango zela iruditu baitzitzaigun, deitutako adituen ezagutza- eta inplikazio-maila handiak



zirelako. Partaideek esan beharreko guztia libre adieraz zezaten, esku-hartzeak ez argitaratzea eta azterlanean iritziak ez identifikatzea adostu genuen.

Datozen orrialdeak material aberasgarri hori eta material horrek eta gainerako dokumentuek aipatu erakundeetan eragindako hausnarketak oinarri hartuta idatzi ditugu. Helburua da ospitaleko larrialdi-zerbitzuetara jotzen duten herritarren eskubide eta bermeen egoeraren diagnostikoa egitea eta, diagnostiko horren arabera, administrazioei gomendioak egitea, hobetu beharrekoa hobetzeko asmoarekin.

## **2 OSPITALEKO LARRIALDIETAKO TESTUINGURUA**

### **2.1. Ospitaleko larrialdietako maiztasuna. Kronikotasunaren eragina**

Espainiako presako osasun-arretak bolumen handia dauka Osasun Sistema Nazionalak herritarren eskura jartzen dituen prestazioetan. 2012an, esaterako, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan 26 milioi kontsulta izan zituzten, eta kontsulta horien %79,5 finantzaketa publikoaren kontura izan ziren.<sup>5</sup>

Presako osasun-arretaren premiari erantzutea konplexua da gaur egun, hala medikuntza nola antolamendu aldetik, eta etengabeko erronka da osasun-sistema publikoentzat. Herritarrek maiz behar izaten dute presako arreta medikoa. Ospitaleko larrialdietako kontsuluten bolumen osoa ikusita, badirudi biztanleen erdia joaten dela urtero zerbitzu horiek jasotzera. Osasun-barometroen emaitzaren arabera, ordea, ospitaleko larrialdi-zerbitzuak biztanleen %15 inguruk baliatzen ditu; horrek esan nahi du zerbitzu horretara behin eta berriz jotzen duen jendea dagoela.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Iturria: Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, *Osasun Sistema Nazionalaren urteko txostena*, 2012. Hemen dago eskura:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS>.

<sup>6</sup> 2013ko *Osasun Barometroaren* arabera (2014ko uztailearen 29an argitaratu zen), biztanleen %28,3k urtean OLZ publiko edo pribatu bat erabili zuen. Erabiltzaile horietatik %54,5ek ospitale publiko batera jo zuen. Datua bat dator 2011-2012 aldiko *Osasunari buruzko Galdeketa Nazionala*ko zifra absolutuarekin, op. cit., galdeketaaren arabera 7,9 milioi biztanlek erabili baitzituen osasun publikoko OLZk. Bi azterlan horiek 1. oin-oharrean adierazitako iturrian kontsultatu daitezke.

Zenbaki horiek zehazteko, kontsulta egindako profesionalek azaldu zuten biztanle horien %25 adindua dela, 65 urtetik gorakoa, alegia, eta adindu horiek gaixotasun kroniko desorekatuak eta moldakaiztasun-datu baxu samarrak dituztela. 16 urtetik beherakoen portzentajea ere oso antzekoa da, baina proba gutxi egiten dizkiete. Tarteko adineko biztanleei dagokienez, osasun-arazoez gain gizarte-arazoak dauzkaten erabiltzaileen portzentajea handi samarra da, adinduen kasuan ia %40koa<sup>7</sup>.

Larrialdietako erabiltzaileen iritziei eta iguripenei buruzko azterlanek diote, kalitatearen inguruko galdeketetan eta osasun-barometroetan argi ikusten den moduan, herritarrek honako gai hauen inguruko eskariak egien dituztela, batik bat: arreta pazienteari egokitzea, informazioa, intimitatea, erosotasuna, eskuragarritasun unibertsala (batik bat desgaituentzako), arreta atzeratzea, profesionalen tratua eta interesa eta familiarekin egon ahal izatea.

Hona hemen larrialdietako arretaren azken urteetako bereizgarri orokorrak: 1) maiztasuna areagotu egin da pixkanaka, batik bat biztanle-multzo zehatz batzuen; 2) lana beste zerbitzu batzuekin koordinatzeko arazoak dituzte, baita larrialdietako taldeak koordinatzeko ere; 3) ospitaleratutako paziente gehienak larrialdietatik pasatakoak dira; 4) larrialdi-zerbitzuko jarduerak baldintzatzen ditu oheen kudeaketa, programazio kirurgikoa, itzarote-zerrenden kudeaketa eta, osasun-zentroetan, programatutako jardueraren antolamendua; 5) aurreko horren guztiaren ondorioz, ospitaleratzeko zain dauden paziente batzuk larrialdietan geratzen dira, maiz behaketa-guneetan eta behar baino denbora gehiagoan; 6) lehen paziente gehienak egunez hartzen zituzten, baina profesionalek nabaritu dute portaera-eredua aldatu egin dela, eta orain gau beranduan ere izaten dituzte maiztasun-puntak; 7) ez dago laguntza-guneek

---

<sup>7</sup> Gehiago ikusteko: Martín-Sánchez, F. J., C. Fernández Alonso, eta C. Merino, «El paciente geriátrico en urgencias», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 1 gehigarria, Iruña, 2010; Wainberg, A., et al., «Characteristic of frequent geriatric users of an urban emergency department», *The Journal of Emergency Medicine*, 43 (2) (2012ko abuztua), 376-381; Gray, L. C., et al., «Profiles of older patients in the emergency department: findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study», *Annals of Emergency Medicine*, 62 (5) (2013ko azaroa), 467-474; Hogan, T. M., T. O. Olade, eta C. R. Carpenter, «A profile of acute care in an aging America: snowball sample identification and characterization of United States geriatric emergency departments in 2013», *Annals of Emergency Medicine*, 21 (3), (2014ko martxoa), 337-346.

informazioa trukatzea errazteko sistema integraturik, edo daudenak heterogeneoak dira.<sup>8</sup>

Erabiltzaile asko (portzentajea handi samarra da, nahiz eta leku batetik bestera aldatu egiten den) bere kasa eta zuzenean joaten da ospitaleko larrialdi-zerbitzuetara. Faktore askok eragiten dute hori, eta larrialdi-zerbitzuen berehalako bilakaera baldintzatzen dute, baina bi faktore hauek dira garrantzitsuenak (erantzunen %78): batetik, ospitalea eskurago izatea, bai ordutegi aldetik, bai distantzia aldetik; eta bestetik, larrialdi-zerbitzuek bitarteko gehiago dituztenaren eta arazoa hobeto konpontzen dutenaren ustea.<sup>9</sup>

Oro har, profesionalek uste dute gaur egun larrialdietako pazienteen arreta konplexuagoa dela. Bestalde, osasunaren arreta integrala eta ongizatearen hobekuntza dira Osasun Sistema Nazionalaren eta Autonomiarako eta Mendekotasunaren Arretarako Sistemaren oinarriak. Epidemiologia-eredua aldatu egin da. Biztanleria zahartzen ari denez, gaixotasun kronikoen prebalentzia handiagoa da eta, ondorioz, paziente horiek zainketa pertsonalak behar dituzte, OMEk aurretik esan zuen moduan.<sup>10</sup> Gurean, familien laurdenak baino gehiagok (portzentajea %25 eta %33 artekoa da) mendekotasun arazoak ditu, gehienak zahartzeak eragindakoak, eta zaintzea behar duten pertsona horiek, gainera, gaixotasun fisiko eta psikikoak dituzte.<sup>11</sup>

Aurreikuspenen arabera, 2020. urterako, gaixotasun kronikoak izango dira desgaitasun- edo mendekotasun-eragile nagusiak, eta, hamar urte geroago, 65 urtetik gorakoentzako intzidentzia oraingoaren bi halako izango da. 2006an, Osasun Galdeketa Nazionalaren arabera, 65 eta 74 urte arteko adinduek 2,80 arazo edo gaixotasun kroniko zeuzkaten, batez beste, eta 75 urtetik gorakoek 3,23.

---

<sup>8</sup> Cfr. Larrialdietako Medikuntzako Espainiako Elkarteak, *Urgencias Sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2003, 18.

<sup>9</sup> *2013ko Osasun Barometroa*, op. cit. Barometroaren aurreko edizioetan datua berbera da, gorabehera txiki batzuk dituen arren. Hona hemen beste azterlan batzuetan aipatutako beste arrazoi batzuk: biztanleriaren zahartzea, eskaria osasun-sistemaren berezko beste arlo batzuetatik igoaraztea, presakoa ez den arreta espezializatua jasotzeko itxarote-denbora eta presakotzat hartutako arazoak beste laguntza-maila batzuetan egoki konpontzen ez direnaren ustea.

<sup>10</sup> González-Armengol, J. J. eta P. Busca Ostolaza, «Estrategia de atención al paciente crónico: papel de los servicios de urgencias», *Emergencias*, 25 (2013), 343-344.

<sup>11</sup> Hurrengo hiru paragrafoetako datuen iturria hau da: *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, Osasun, Gizarte Politika eta Berdintasun Ministerioa, Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Agentziako Zuzendaritza Nagusia, Madril, 2011, 8 eta hurrengoak.

Espanian, gaixotasun kronikoak dira osasun-zentroetako arreta-eskarien arrazoi nagusiak (lehen mailako arretako kontsulten %80 eta ospitaleratzeen %60). Kontsulten %40 adinduak artatzeko dira; eta adinduek behar dute, gainera, etengabeko zainketa eta gizarte-baliabide gehien. Ospitaleen sareko oheen %50 65 urtetik gorakoek hartzen dituzte.

Patologiak maiz larriagotu egiten dira, eta, horrez gain, pazienteek prozesu kroniko gehiago dituztenean, ospitaleko larrialdietan erikortasunak eta heriotzatasak gora egiten du, pazienteen egoera funtzionalak okerrera egiten du, pazienteak ospitaleratu beharra sortzen da edo ez dira egoki ospitaleratzeko, botikek kontrako ondorioak izaten dituzte, informazioa falta delako probak bitan egiten dira eta medikuntza- eta lege-gatazkak sortzen dira.

Munduko larrialdi-zerbitzuak aldaketa soziosanitario horiek gertatzearekin batera garatzen joan dira. Osasun-zentroyen funtzionamendu-ohikeria eta ordutegia direla eta (normalean egunez eta lanegunetan bakarrik egoten dira irekita), ordu askotan eta jaiegunetan OLZk eta larrialdi-zerbitzuak dira herritarrek eskura dauzkaten osasun-zerbitzu bakarrak, baita, askotan, gizarte-zerbitzu bakarrak ere. Zerbitzu horietako profesionalen iritziz, eskariaren igoerak badu zerikusia krisi ekonomikoarekin. Datu horietatik ondoriozta dezakegu, batetik, herritarrek garrantzi handia eman diotela eta ematen diotela presako arretari; eta bestetik, nork bere premia-irizpidea aplikatzeko aukera ematen duen osasun-arreta hori jasotzeko nahia nabaria dela gizartean.

## **2.2. ospitaleko larrialdi-zerbitzuen osaera eta funtzionamendua**

Ospitaleko larrialdi-zerbitzuak irekiak dira, berehalako laguntza behar edo eskatzen duten paziente guztien arretan espezializatuak, mailaren eta ospitale motaren arabera. Zerbitzu horietan ahalmena dute pazienteak ospitaleratzea, beste laguntza-maila batera eramatea edo alta eman eta etxera bidaltzea erabakitzeke. Zerbitzu horien zeregin nagusiak dira pazienteak hartzea, haientzako laguntza-bitarteko egokia aktibatzea eta pazienteak egonkortzea, diagnostikatzea, tratatzea eta osasun-arlo egokienera bidaltzea. OLZek erabiltzaileen ebaluazio diagnostikoa egiten dute, arin-arin, bitarteko erradiologiko edo analitikoekin, behar izanez gero; gero, tratamendu eraginkor bat jartzen dute eta pazienteek nora joan behar duten erabakitzen dute.

Espainiako OLZen errealitatea zein den jakitea ez da erraza, ez baitago zerbitzu horien neurri, antolamendu, funtzionamendu eta jarduerari buruzko datu fidagarri eta berririk. Administrazio publikoetako datuak, maiz, jarduerari buruzkoak baino ez dira, ez dituzte gainerako parametroak kontuan hartzen. Gainera, dagoen informazioa administrazio horien mendeko OLZen ingurukoa da, soilik, eta ez dute zentro pribatuen laguntza-jarduera aintzat hartzen; zentro horietako jarduera, autonomia-erkidego batzuetan, handia izaten da.

Sektorean aitortzen dute 1988an argitaratu zen larrialdietako laguntza-zerbitzuen egoerari buruzko Herriaren Defendatzailearen txostena abiapuntutzat hartu zutela, batetik, larrialdietako zerbitzuak garatzeko, bai ospitalekoak, bai lehen mailako arretakoak; eta bestetik, administrazioa zenbateko lana egin behar zen konturatzen hasteko.<sup>12</sup>

Gai horri buruzko azterlan berri eta osoena Kataluniako SUHCAT delakoa da. Autonomia erkidego hartan ospitaleko 82 larrialdi-zerbitzu daude. Hala, 79 zerbitzutako buruekin (%96) elkarrizketak egin zituzten eta 353 galderako galdeketa bat egin zieten. Galdera horien parte bat OLZen ezaugarri fisiko eta estrukturaleri buruzkoa zen. Beste bat ezaugarri funtzionaleri buruzkoa, eta hirugarrena irakaskuntza- eta ikerkuntza-mapari buruzkoa. Erantzunak honako gai hauen arabera sailkatu eta taularatu zituzten: OLZko jarduera (handia, ertaina edo txikia), ospitalearen erabilera (pribatua edo publikoa) eta ospitale publikoen konplexutasuna (teknologia edo bereizmen handia, nagusia, eskualdekoa).<sup>13</sup> Azterlan horretan Kataluniako OLZen egoerari eta errealitateari buruzko datu aberasgarri ugari dago; gainera, hobetzeko aukerak ere jasotzen ditu, asko eta asko oro har aplikatu daitezkeenak.

Zerbitzu horiek, zalantzarik gabe, oso garrantzitsuak dira osasun-sisteman, nahiz eta garrantzi hori ez den beti aintzat hartzen ekonomiaren kudeaketan, ibilbide profesionalean, ospitaleen arteko harremanetan, laguntza-jardueraren diseinu orokorrean eta informazio-teknologien ezarpenean.

Osasun-arloko gastu publikoa gero eta handiagoa da, eta Europar Batasuneko herrialde guztiak daude igoera horrekin kezkatuta. Finantza-iraunkortasuna erdiesteko lehen aipatu erronkei egin behar zaie aurre, eta erronka horiei

---

<sup>12</sup> Herriaren Defendatzailea, *Informe anual 1988 y debates en las Cortes Generales*, Publicaciones del Congreso de los Diputados, Secretaría General (Dirección de Estudios), Informes saila, Madril, 1989.

<sup>13</sup> Miró, O. Escalada, et al., «Estudio SUHCAT» (1-3), *Emergencias*, 26 (2014), 19-56.

munduko ekonomia-krisia gehitu behar zaie. Osasun-arloan eskaria gero eta handiagoa da, eta erabiltzaileek gero eta kalitate hobea exijitzen dute; hori dela eta, prestazioa eramangarria izan dadin, estrategia nagusia «ekoizpen-kostuei» lotutako efizientzia bilatzea da.

OLZek oro har «zenbateko kostua» duten jakiteko informazio nahikoa dute; baina, zerbitzu horiek eraginkorki kudeatzeko ezinbestekoa da laguntza-prozesuei eta prozesu horien kostuen sorrerari buruzko informazioa banakatzea. Kostu hori prozesu klinikoan arabera zehaztuz gero, hobeto ezagutuko genituzke prozesu bakoitzaren kasuistika eta prozesu horien azterketan eta tratamenduan egindako jarduerak, erabaki estrategikoak hartzea errazte aldera.<sup>14</sup> Espainian, pazienteko eta prozesuko kostuak zehazteko tresnarik ez dagoen arren, zenbatespenak egiten dira eta, zenbatespen horien arabera, OLZetan artatutako larrialdien batez besteko kostua 77 eurokoa da, batzuen eta besteen artean alde handiak dauden arren.

Ospitaleetako beste unitate batzuen aldean, OLZek badituzte bereizgarriak. Presako arretan hainbat profesionalak parte hartzen dute, presiopean, gainera, eta emaitza ez da izaten profesional horiek dituzten ezaupideen araberakoa soilik, baita arintasunaren araberakoa ere (maiz esaten da «larrialdiak kudeatzea denbora kudeatzea» dela); hori guztia, gainera, baliabide mugatuekin.

Ospitaleko gainerako zerbitzuetan ez bezala, larrialdietan lan egiten duten profesionalen kolektiboa oso heterogeneoa da (berezko langileak, finkoak edo bitartekoak, beste zerbitzu batzuetako espezialistak eta prestatzen ari diren eta beste zerbitzu batzuei atxikita dauden langileak, portzentaje handi samarrean).<sup>15</sup>

Larrialdi-zerbitzuetan pazienteei arreta emateko erronkari aurre egiteko, ezinbestekoa da dinamika berezi horretan, osasun-langileez gain, gainerako kategorietako profesionalak ere integratzea. OLZek behar bezala funtziona dezaten, langile guztiek jakin behar dute zer estandar bete behar diren eta,

---

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

<sup>15</sup>Argigarri gisa Kataluniako OLZen gainean hemen egindako analisia aipa dezakegu: Miró O., et al., «Estudio SUHCAT (2): Mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña», *Emergencias*, 26 (2014), op. cit., 35 eta hurrengoak, «Medikuntza-laneko orduen %50,4 larrialdiekin lotura zuzena duten kontratudun medikuek egiten dituzte (%73 finkoak dira eta %27 egoiliarak dira edo ez dira finkoak), %19,1 larrialdietan guardiak egiten dituzten beste zerbitzu batzuetako medikuek eta %30,6 egoiliarrek».

gainera, ingurune zorrotz eta dinamiko horretan erantzun eraginkorrak eskaintzeko esperientzia nahikoa eduki behar dute.

Azken urteetan, profesionalen kontrako indarkeriak eta *burnout* delako sindromeak (osasun-langileen neke profesionalak) gora egin dute, batik bat OLZetan. Profesionalek diote gatazken parte txiki bat baino ez dela ateratzen argitara. Osasun-arloko langileen segurtasunarekin eta osasunarekin zerikusia duten arrisku ugarietako bat da erasoena. Gogoan hartu behar dugu, gainera, estresa eragiten dieten faktore asko daudela eta, esan bezala, neke profesional handia izan dezaketela. Gainera, «erreta» dauden profesionalek arrisku-egoerak gehitu ditzakete. Osasun-administrazioek segurtasun- eta kalitate-helburuen arloan duten erronketako bat aipatu estres hori eta tentsio-faktoreak arrakastaz kudeatzeko lan-baldintza egokiak jartzea da.

Osasun-zerbitzuen azken urteetako bilakaeraren giltzarrietako bat informazio- eta komunikazio-teknologiaren (IKT) erabilera geroz eta handiagoa da. IKTak kudeaketa-prozesuetan ez ezik prozesu klinikoetan ere erabiltzen dira eta, horri esker, osasun-sistemak jarduera eta emaitzei buruzko gero eta informazio gehiago eta hobea dauka. IKT horiek garatzea, beraz, faktore estrategikoa da osasun-zerbitzuentzat.<sup>16</sup>

OLZetako historia klinikoak informatizatu egin dira, informazio- eta komunikazio-teknologiak txertatuz; hori, osasun-laguntza hobetzeko (erabiltzen den informazioaren segurtasuna hobetuz), historia klinikoak sistemako edozein zentro edo zerbitzuan eskura izateko, osasun-sistemako zerbitzu-zorroaren eskuragarritasuna berdintzeko eta kudeaketa hobetzeko. Larrialdien kudeaketari dagokionez, denborak hainbesteko garrantzia duenez, badirudi adierazleren batzuk jarri beharko liratekeela arreta-prozesua neurtzeko, pazienteak OLZra heltzen denetik joaten den arte, laguntza-faseen arteko tartea aintzat hartuta, betiere.

Antolamendu-eredu desberdinek eta presako arretaren berezko ezaugarriek kontrako ondorioak agertzeko arriskua sor dezakete (kontrako «gertakari» ere esaten zaie).<sup>17</sup> Balioespenen arabera, ondorio horietako gutxi ematen dira jakitera, nahiz eta osasun-zentro askotan borondatezko jakinarazpen anonimoak

---

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

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

egiteko sistemak dauden. Gainera, OLZk ingurune egokiak izan daitezke beste laguntza-maila batzuetan sortzen diren eta ospitaleko larrialdi-zerbitzuetara joan beharra eragiten duten kontrako ondorioak identifikatzeko.

OLZetan zuzenean edo zeharka pazienteen segurtasuna hobetu duten lan-tresnak eta kudeaketa-elementuak sartu dituzte pixkanaka. Aurrerapauso nagusiak izan dira, batetik, mailakatze egituratua egiteko sistemak; eta bestetik, adierazleen segimenduaren eta ziurtatze-ereduen bitartez kalitatea hobetzeko politikak. Azken urteetan, administrazioek pazienteen segurtasunaren arloan adostutako aliantzen bultzadari esker, larrialdi-zerbitzuetako profesionalek segurtasunaren kontzientzia eta kultura gero eta handiagoa dute. Hori dela eta, gainera, ikerketa-ekimenak jarri dituzte martxan eta, ondorioz, emaitzak hobetu dituzte eta arriskuen prebentzioaren efizientzia hobetu dute.

### **3. LARRIALDIETAKO LAGUNTZAKO ESKUBIDE ETA BERMEAK**

#### **3.1. Larrialdietan osasuna babesteko eskubidearen baldintzak eta eraginkortasuna**

Esan bezala, konstituzioko 43. artikulua osasuna babesteko eskubidea aintzatesten du eta, gainera, botere publikoei agintzen die osasun publikoa antolatzea eta zaintzea, prebentzio-neurriak ezarriz eta behar diren prestazio eta zerbitzuak eskainiz.

Herritarrek osasuna babesteko duten eskubide horren oinarri konstituzionala, ordea, ez da aipatu 43. artikuluan agortzen. Konstituzioaren I. Tituluan arlo horretan garrantzi handia duten beste agindu batzuk ere badaude. Aipa ditzakegu, besteak beste, berdintasun-printzipioa, 14. artikulua bermatzen duena; bizitzeko eta osasun fisikorako eskubidea, 15. artikulua aintzatesten duena; norberaren eta familiaren intimitaterako eskubidea, 18. artikuluan jasoa dagoena; Gizarte Segurantzako erregimen publikoa, 41. artikuluan aurreikusia dagoena; ingurumen egokia izateko eskubidea, 45. artikuluan jasoa dagoena; eta kontsumitzaileak eta erabiltzaileak babesteko politika ziurtatzea, 51. artikulua dion moduan. Gogoratu beharra daukagu, baita ere, konstituzioak 9.2 artikuluan botere publikoei agintzen dien lana: pertsonen eta pertsonen osatzen



dituzten taldeen askatasun- eta berdintasun-baldintzak benetakoak eta eraginkorrak izan daitezzen sustatzea.

OLZetan hartzen dituzten pazienteen eskubide eta bermeen ebaluazioa arreta-modalitate horren bereizgarriak aintzat hartuta aztertu behar da. Izan ere, presako osasun-arreta konplexua da, hainbat ezaugarri berezi dituelako. Hona hemen bereizgarri horietako batzuk: 1) erabilgarri egon behar du etengabe, modu integratuan eta arreta behar den lekura bideratuta (laguntza-katea); 2) biztanle guztiak hartu behar ditu, landa- zein hiri-inguruneak eta eremu geografiko guztietakoak, baita uharteetakoak ere; 3) zeharka dago kokatua, lehen mailako arretaren eta ospitaleko arretaren artean; 4) diziplina anitzeko prozesuak dauzka eta, ondorioz, koordinazioa oso hierarkizatua dago, batik bat azaleratze-patologieta, eta horren adierazgarri nagusiak aktibazio-kodeak dira (iktusa, infartua, politraumatismo larria eta abar); 5) jarduera-esparrua paziente akutu eta larriena da, eta haien pronostikoa hartzen diren erabakien eta erabakiak hartzeko behar den denboraren arabera izaten da.<sup>18</sup> Gainera, prozesu kronikoak larritu zaizkien paziente gero eta gehiago hartzen dituzte.

### **3.1.1. Baliabide materialak**

Auzitegi Gorenak bere doktrinan berretsi du Administrazioak osasun-zerbitzuetan duen erantzukizunak ez duela emaitzarekin hainbesteko zerikusia, zentzuz eska daitezkeen bitartekoak eskura jartzearekin baizik, profesional medikoek dagokien *lex artis* jardunean duten erantzukizuna mugatzeko irizpidearekin batera.<sup>19</sup> Auzitegi Gorenak, gainera, 2014ko abenduaren 20ko epaian,<sup>20</sup> baliabideen hornidura sistemikoa dela aipatu zuen: «administrazioa ezin da erantzukizunaz salbuetsi ospitaleak (...) bitarteko hori ez zuelako; kasu horretan paziente osasun-sistemako beste ospitale batera eraman zezakeelako, eta hala egin behar zuelako, sistema bat elkarren mendeko diren elementuen multzoa baita, ugaritasunaren unitatea, funtsean, gauza oso bat».

---

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

<sup>19</sup> Ikusi Auzitegi Gorenaren 2011ko uztailaren 6ko epaia (3. epaimahaia, IV. atala), bereziki bosgarren oinarri juridikoa.

<sup>20</sup> 3. epaimahaia, VI. atala, laugarren oinarri juridikoa.

Zailagoa litzateke, beharbada, eskura jartzeko baliabide horien zentzuzkotasunaren ideia hori mugatzea eta zorrotz zehaztea. Osasun-zerbitzuen hornidura-ahalmena, berez, mugatua da, eta ez bakarrik egoera ekonomikoa txarra denean edo aurrekontuak doitzen direnean, beti baizik. Horregatik, mugatze- eta zehazte-lan handiena kudeaketa- eta antolaketa-mekanismoek egin behar izaten dute. Ezinezkoa da onena edukitzea beti eta edonon, arlo guztietan: ospitaleen ahalmenean eta egituran, diagnostikoak edo tratamenduak egiteko osasun-teknologietan eta azken belaunaldiko informazio-sistemetan, bestek beste.

Planteamendu hori ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan ez ezik, osasun-arretako gainerako mailetan ere aplikatu daiteke. Pazienteek, profesionalek eta kudeaketaren arduradunek Herriaren Defendatzaileei helarazitako iritzien oinarria berbera da: gabezia estruktural eta material asko daude, zentro batzuetan gehiago eta beste batzuetan gutxiago, eta gabezia horiek konpondu egin beharko lirake, kontuan hartuta konponbidea dela diru-hornidura gehitzea eta antolamenduko eta koordinazio administratiboko jarraibideak hobetzea.

Zenbaitetan, pazienteen osasuna babesteko eskubidea ezin izaten da gauzatu, hain zuzen, gabezia horientatik; pazienteen laguntza-premia zenbat eta larriagoa izan, gainera, orduan eta nabarmenagoak dira gabezia horiek, eta hori larrialdi-zerbitzuetan gertatzen da. Horregatik komeni da gogoratzea, baita ere, espezialistek eta adituek dioten moduan, era horretako arretak ezin diela, berez, osasun-arazoei konponbide globala eskaini. Ospitaleko eta ospitalez kanpoko larrialdi-zerbitzuek egoki erantzun behar diete ezustean sortzen diren eta berehalako arreta behar duten premiei, baina asmoa ez da medikuntza-arazo hori oso-osorik eta behin betiko konpontzea, eta horrek eragina dauka hornidura-mailan eta ahalmenean.

#### ***3.1.1.1. Egitura eta baliabide teknikoak***

Azterlan hau prestatzeko saioetan parte hartu zuten guztiei adierazi genien moduan, herritarrek ospitaleko larrialdien inguruan aurkezten dituzten kexen analisi orokorrean ikusten da desegokitasun fisiko eta materialak daudela eta desegokitasun horiek iraun egiten dutela. Desegokitasun horiek nabarmentzen dira, bereziki, zerbitzuek gainezka egiten dutenean; izan ere, esate batera,

pazienteak desegoki kokatzen dira, plan funtzionaletan pazienteen egoeraren eta sintoma klinikoen arabera egindako zehaztapenekin bat ez datozen jardueraremuetan.

Eremu fisikoa dagokion zereginaren arabera moldatu behar da, eta ez alderantziz; eta larrialdi-zerbitzuetan lan egiten dutenek eskuarki salatzen dute, hain zuzen, alderantziz egiten dela. Zentroen arteko aldeak handiak dira, baina, oro har, azken hiru hamarkadatan ospitaleko larrialdi-zerbitzuak moldatu, eguneratu, handitu edo hobetu egin dituzte. Gainera, osasun-zerbitzu publikoetan ospitale-azpiegitura berriak sortu dira. Ordea, ohiko kritika bat da moldaketa edo eraikuntza berri horietan presako osasun-arretako profesional eta adituen iritzia ez dela behar bezala kontuan hartu edo ez dela erabat jaso. Profesional eta aditu horiei jaramon gehiago eginez gero, paziente eta profesionalek nabaritzen dituzten huts eta gabezia batzuk konponduko lirateke.

Arlo horretan konpontzeko dauden gai batzuk konpontzeko nahikoa izango litzateke larrialdietako adituen nazioko eta nazioarteko taldeek adostu dituzten eta dagoeneko eskura dauden estandarrak, OLZen berme-eskuliburuak barne, gehiago baliatzea, oro har; hori, berrikuntza- edo eraikuntza-lanak antolatzeko eta kontratatuzko hasierako faseetatik hasita.<sup>21</sup> Larrialdi-zerbitzuetako jarduerarrok kokatzeko eremuak antolatu behar dira osasuneko profesional espezializatuek ondoen ezagutu ditzaketen irizpideak aintzat hartuta, betiere zentro motaren arabera, eta malgu jokatuz, diseinu eta plangintza hori lurralde-zerbitzu bakoitzak berezkoa duen ospitale-kudeaketako kulturari egokitu behar zaiolako.

Larrialdietarako eremuak antolatzeko erabakiek, gainera, pazienteak kudeatzeko jardunbide egokiak sustatu behar dituzte, larrialdi-zerbitzuek gainezka egiten dutenerako, hain zuzen ere. Alde horretatik, azkena egindako plangintza batzuetan, ospitaleratzeko edo larrialdietako aurreko alta jasotzeko zain dauden pazienteentzako zona bereziak jarri dituzte, aipatu gainezka egite horrek eta egokituta ez dauden lekuetan egon beharrak pazienteen duintasunean duten eragina arintzeko asmoarekin. Ordea, egoera hori ezegokitzat jotzen duten heinean (ospitaleratzera bideratutako pazienteek ahal bezain laster egon behar dute dagokien ospitale-zerbitzuan, haien osasun-arazoa konpontzeko arreta

---

<sup>21</sup> Adibide gisa eskuliburu honetako edukia aipa dezakegu: *Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales*, Madril, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) 2009.

espezializatuagoa jasotzeko, eta alta ematera bideratutakoak, alta emanda), plangintza horiek ez dute gainezkaldiek eragiten dituzten funtzionamendu-arazoak konpontzen, aitzitik: fluxuen kudeaketako ezgaitasun estrukturala bere gain hartzen dute.

Ospitaleko azpiegituran esku hartu ondoren, zailagoa da premia praktikoak eraikitakoari moldatzea, eta, ondorioz, konponbideak bat-batean hartzen dituzte eta denborak aurrera egin ahala finkatu egiten dira, inbertsio berriak jaso arte urteak edo hamarkadak igaro baitaitezke.

Baliabide tekniko eta diagnostikoei eta klinika- eta laguntza-tresneriari dagokionez, prestakuntza-saioretan parte hartu zutenek ez zuten urritasun-egoera berezirik aipatu<sup>22</sup>. Aldiz, adierazi dute zerbitzuek hasieran jasotako hornigaiak eguneratzeko edo osatzeko arazoak dituztela, batetik; eta ospitaleen arteko aldeak oso handiak direla, bestetik. Horren harian, behin eta berriz adierazi zuten dagoeneko argitaratuta dauden kalitate-jarraibide edo -estandarrak betetzea komeni dela<sup>23</sup> eta plangintza-unitate eta -organoek ezagutu beharko lituzketela, bitarteko teknikoak eta laguntza-bitartekoak jartzeko gomendio zehatzak dituztelako.

Profesional batzuen iritziz, pazienteei iruditzen zaie diagnostikoak egiteko bitartekoak falta direla larrialdi-zerbitzuetan gaitzak behar bezala artatzeko klinika aldetik egokia denaren helmenaren balorazio okerra egiten dutelako, batzuetan. Ezinbestekoa da bereiztea, alde batetik, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako zorro berezian diagnostikoak eta tratamenduak egiteko dauden baliabideak; eta beste alde batetik, ospitale osoari dagozkion bitartekoen ahalmen eta eskuragarritasunak ezarritako mugak eta larrialdi-zerbitzuek berezkoak ez dituzten prestazioak eskuratu beharrak eragin ditzaketen atzerapenak. Gai hori larrialdietako erabiltzaileen iguripenen egokitasun edo desegokitasunaren arabera aztertu aurretik, komeni da azpimarratzea zerbitzuek informazio-lan egokia egitea oso garrantzitsua dela eta egiaztatutako gabeziak baliabide material egokiekin konpentsatu behar direla.

---

<sup>22</sup> Partaideei azaldu genien ospitaleko zerbitzu batzuetan diagnostikoak egiteko baliabide batzuk falta direnaren kezak jaso ditugula; baliabide horiek dira, esate batera: azken belaunaldiko elektrokardiografoak, irudi digitalak, bihotzeko eta bizi-kontrasteko monitoreak eta larrialdietako arretara egokitutako espezifikazioak dituztenak.

<sup>23</sup> Ikusi dokumentu honetako 6. eranskina: *Unidad de urgencias hospitalaria: estándares y recomendaciones*, Madril, Osasun eta Gizarte Politika Ministerioa, 2010.

### 3.1.1.2. *Pazienteen sailkapena. Mailakatzea*

Larrialdietako pazienteen arreta kalitatezkoa eta segurua izan dadin, ospitalera heldu bezain laster sailkatzeko sistema egoki bat behar da. Mailakatzea pazienteen larritasuna arin ebaluatzeko laneko metodo egituratu bat da, arautua, baliozkoa eta errepikagarria. Ez da diagnostiko-tresna zehatz bat, baizik eta erantzun berehalako eta presazkoena behar duten kasu klinikoak lehenesteko tresna bat. Gerora, zerbitzuen kalitatea neurtzeko eta zerbitzuak kudeatzen laguntzeko tresna ere bada.

Espainiako ospitaleek hainbat mailakatze-metodo erabiltzen dituzte larrialdi-zerbitzuetan,<sup>24</sup> batik bat Manchester Eskala (MTS) eta Espainiako Mailakatze Sistema, Andorrako Ereduaren (MAT-SET) arabera egindakoa. Autonomia erkidego batzuetan, ordea, erabili beharreko metodoa ez dago estandarizatua. Mailakatze-sistema aurreratuak ere erabiltzen dituzte, oinarrizko proba diagnostikoak edo, esate batera, lehenbiziko tratamendu analgesikoa barne hartzen dituztenak.

Saioetan parte hartu dutenen iritziz, sailkapen-metodo horien ezarpen-maila handia bada,<sup>25</sup> emaitzak onak izaten dira. Eztabaida batzuk bizi-bizi diraute, mailakatze aurreratuak fasean medikuek gehiago parte hartzea komeni denaren ingurukoa, esate batera; batzuk medikuek bakarrik esku hartu beharko luketela irizten diote. Izan ere, adierazi dutenaren arabera, sailkapen-lan horiek erizaintzako langile trebatuek ere egiten dituzte. Horrez gain, pediatriarako, paziente kroniko eta onkologikoentzako, desgaituentzako, gaixotasun arraroak dituztenentzako eta zainketa aringarriak behar dituztenentzako parametro eta algoritmo espezifikoak aplikatzea komeni den ala ez ere eztabaidatzen dute.

Azterlan hau egite aldera osasuneko profesionalekin egindako lan-saioan azaldu zuten esperientzia piloturen bat gauzatu dutela, borondatez, ospitaleko

---

<sup>24</sup> Sailkapen-sistema nagusiek bost lehentasun-maila dituzte; lehenbiziko maila hil ala biziko larrialdi eta arriskuei dagokie eta bosgarren maila presarik ez duten edo hutsalak diren prozesuei. Sistema horietan pazienteek komeni zaien arreta medikoa jasotzeko denbora egokiari buruzko aurreikuspenak egoten dira jasota, normalean.

<sup>25</sup> OSN osoko *mailakatze*-metodoen ezarpenari buruzko datu orokorrik ez dagoen arren, aipa dezakegu Kataluniako ospitaleko larrialdi-zerbitzuen mapa funtzionalaren 2013ko berrikuspenaren arabera, autonomia-erkidego horretako zerbitzuen %77,2k ezarria duela era horretako sistemaren bat. Miro, O., et al., «Estudio SUHCAT 2», *Emergencias*, 2014, op. cit., 37.

mailakatzean lehentasun-maila txikienean sailkatutako pazienteak ospitale horri dagokion osasun-arloan integratutako presako arretako ospitalez kanpoko zentroetara bideratzeko.<sup>26</sup> Hori egin duten adituek diote jardunbide eraginkor eta segurua dela eta pazienteek balorazio onak egin dituztela galdeketetan. Mailakatze-metodo egituratuak zorrotz betetzen direnean eskaintzen dituzten abantailen adibide bat da hori. Era horretako neurriak hartuz gero, ezinbestekoa da, batetik, pazienteei osasun-orientazio eta -informazioa emateko lana egoki egitea; eta bestetik, laguntza-mailen arteko koordinazioa etengabe hobetzea, batik bat lehen mailako arretako larrialdietan eta larrialdi-zerbitzuetan.

Mailakatze-sistemak egoki egituratu eta txertatuz gero, larrialdi-zerbitzuen hornidura-premiak aztertu eta ebaluatu daitezke, jakin daitekeelako, adibidez, ospitale zehatz batera kasu larrienak (1. mailatik 3. mailara artekoak) noiz heltzen diren maizago eta noiz hartu ohi dituzten hain larriak ez diren edo hutsalak diren kasuak (4. eta 5. mailakoak). Hala, informazio horrekin baliabideak hobeto planifikatu daitezke, zentro bakoitzak ematen duen laguntza mota nagusiaren arabera.

Paziente ahulenek (adinduek, onkologiakoek, narriadura kognitiboa edo buruko gaixotasunen bat dutenek, desgaituek) azpimarratzen dute mailakatze klinikoa ez dela nahikoa haien premia bereziak antzemateko; premia horiek izan daitezke, adibidez, artatzen dituzten bitartean nor edo nork lagun egitea edo lehentasunak ezartzea.

### **3.1.1.3. Informazio-sistemak. Laguntza-mailak koordinatzea**

Prestakuntza-saioetan parte hartu zutenei galdetu genien informazio- eta komunikazio-teknologiak (IKT) zenbateraino dauden txertatuta larrialdi-zerbitzuetan, kontuan hartuta Herriaren Defendatzaileek haien esku-hartzeetan antzemandako gabezia-egoerak. Partaideek emandako datuen arabera, ospitaleko larrialdi-zerbitzuek, maiz, ez dute informazio-sistema integralik, eta, ondorioz, oso zaila edo ezinezkoa izaten da baliabideak egoki antolatzeke informazio garrantzitsua biltzea.

---

<sup>26</sup> Salmerón, J. M., L. Jiménez, O. Miró, eta M. Sánchez, «Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage», *Emergencias*, 23 (2011), 346-355.

Haiek deskribatutako esperientzietan ikusten da OSNn alde handiak daudela zentro batetik bestera. Arazo nabarmenenak dira autonomia-erkidegoko osasun-zerbitzu berean aplikazio informatikoak gainezartzea eta elkarreraginkortasunik eza, ez bakarrik autonomia-erkidegoen artean, baita probintzia eta ospitaleen artean ere. Egoera horrek zerikusia du, batzuetan, kudeaketa-programa eta -teknologiaren hornitzaileekin egindako kontratuen definizioarekin berarekin eta kontratu horiek garatzeko eta mantentzeko zailtasunekin. IKT tresnak oso garatuta daudenez, pazienteek ez dute ulertzen zergatik den hain zaila, haientzat eta profesionalentzat, aurrekari eta historia klinikoak eskuratzea dagokiena ez den beste osasun-zentroren batera joaten direnean.

Gai horiek garrantzitsuak dira osasun-laguntzako maila guztietan, baina ospitaleko larrialdietan eskaintzen den arretan nabaritzen dira gehien. Profesionalek diote pazienteen segurtasuna arriskuan jartzen dela, zenbaitetan, kudeaketa-sistemak ez daudelako presako arretaren eskakizun berezien arabera antolatuta; izan ere, sistema horien diseinuan ez dute parte hartzen edo ez dituzte haien proposamenak aintzat hartzen.

Azken urteetan aurrerapausoak eman eta inbertsioak egin dituzten arren, autonomia-erkidego batzuk ez dute lortu pazienteen historia klinikoak digitalizatzeko eta edonon eskuragarri jartzeko prozesua amaitzea, lehen mailako arretan baino.<sup>27</sup> Gauzak horrela, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan eta osasun-larrialdietako zerbitzuetan ezin da laguntzaren kalitatea eta eraginkortasuna hobetu.

Paziente horientzat, batik bat ahulentzat, historia kliniko digitalen ezarpena eta ospitaleko kudeaketa-tresnen eguneratze koordinatua atzeratzea zama gehigarri bat da. Hala, gaixotasun arraro edo buruko gaixotasunen bat daukaten pazienteentzat kalte gehigarriak dira, adibidez, profesional berriengana edo beste zentro batera jotzen dutenean daukaten dokumentazio guztia eraman beharra, lehenbizikoentzat; eta aurrekari pertsonal guztien berri berriz ere eman beharra, bigarrenentzat (hori, batzuentzat, kontraindikaturak ere izan daiteke, daukaten gaixotasuna dela eta).

---

<sup>27</sup> *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud: el programa Sanidad en Línea*. 2011ko datu-eguneratzea, Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, Industria, Energia eta Turismo Ministerioa eta red.es, Madril, 2012. Hemen egin daiteke kontsulta: [http://www.red.es/redes/sala-de-prensa/centro-de-documentacion?id\\_doc=10222&quicktabs\\_3=2](http://www.red.es/redes/sala-de-prensa/centro-de-documentacion?id_doc=10222&quicktabs_3=2).

Dokumentazio klinikoa eskuratzeko eta erabiltzeko prozesuak nahikoa ez modernizatu izanarekin zerikusia duen beste arazo bat berme bikoitza da: pazienteek ezustean presako laguntza behar badute, haiei buruzko informazioa bi osasun-sisteman gordea dago, publikoan eta pribatuan. Arazo hori izan dezakete, adibidez, arrazoi pertsonalengatik hainbat osasun-zerbitzuko prestazioak maiz erabiltzen dituzten pazienteek.

Berme bikoitzaren arazo hori eta pazienteek eta profesionalek historia eta txosten klinikoak egoki eta behar denean eskuratu eta erabiltzea eragozten duten funtzionamendu-arazoak ikusita, badirudi pazienteak haien datu klinikoen erantzunkide izatea eta datu horiek beren kasa, gaur egungo tresna teknologikoak baliatuz, eskuratzeko gaitasuna sustatu beharra daudela.

Sistema informatikoen ezarpen-mailen eta elkarreraginkortasunaren arteko aldeei dagokienez, administrazioek hasitako lanei eustea komeni da. Horretarako, Estatuaren Administrazio Orokorrek koordinazioa bultzatzeko bere gain hartu duen ahaleginari eutsi behar zaio (Osasun Sistema Nazionaleko historia kliniko digitala, Osasuna Linean programa, azpiegitura informatiko zentrala), pazientearen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren alorreko eskubide eta betekizunak arautzen dituen azaroaren 14ko 41/2002 Legeko hirugarren xedapen gehigarriari jarraikiz.

### **3.1.2. Giza baliabideak**

#### **3.1.2.1. Hornidura eta prestakuntza**

Profesionalen kopurua eta prestakuntza eta lan-zamaren arabera egokitutako baliabideak funtsezkoa dira kalitatezko arreta eskaintzeko. Herriaren Defendatzaileek antzeman eta partaideei aditzera emandako arazo nagusiei dagokienez, langile-kopurua laguntza-eskariarekin bat ez zetorrelako jasotako salaketak nabarmendu behar ditugu. Langile gehiago jartzen dira, batzuetan, profesionalen etengabeko prestakuntzarako sarbidea sustatzeko premiagatik eta ikerketan aritzea errazteagatik. Larrialdietako langile-kopurua, ordea, maiz ez da bat etortzen ospitale-zerbitzu horietako plan funtzionaletan jasotako erreferentziekin. Horren harian, Herriaren Defendatzaileei jakitera emandako desorekek langileen txandakako antolaketa paziente gehien hartzen diren ordutarteen arabera ez antolatzearekin dute zerikusia.



Azterlan hau prestatzeko saioretan partaideek ez zuten larrialdi-zerbitzuetako langile-kopuruari buruzko gairik nabarmendu: larrialdi-zerbitzuko premiak prestakuntzan dauden medikuekin betetzen dituztela azpimarratu zuten. Dena den, profesional batzuk aipatu zuten gabeziak dauzkatela erretiroa hartutako medikuen lanpostuak ez dituztelako behar bezala betetzen eta lan-kontratuak gero eta ezegonkorragoak direlako, besteak beste.

Azken urteetako azterlanen arabera, autonomia-erkidegoetako ospitale eta osasun-zerbitzuei buruzko datuen arteko aldeak oso handiak dira, baina larrialdietako profesionalek eta kudeatzaileek irizten diote ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan barruko mediku egoiliar (BAME) asko daudela. Batez beste, prestatzen ari diren langileen portzentajea %30 eta %40 artekoa da. Portzentaje horiek, gainera, handiagoak dira analisisa ordu-tarteen eta asteko egunen arabera eginez gero; izan ere, zentro horietako askotan, arratsalde, gauez eta asteburuetan, zerbitzu horiez (arreta presentzialaz, bederen) mediku egoiliarrak arduratzen dira, funtsean.

Zehaztasun horiek gorabehera, ospitaleko kudeatzaileek diote zentro gehienetan kalitate-estandar hauek, adibidez, betetzen dituztela: behaketan dauden zortzi pazienteko mediku bat eta erizain bat jartzea eta medikuek orduko hiru paziente baino gehiago ez artatzea.

Denek irizten diote giza baliabideak larrialdi-zerbitzuen berezko eskariaren arabera moldatu beharra daudela. Laguntza-eskari gehien eguerdiko 12:00etatik gaueko 22:00etara edo 23:00etara izanez gero, ez litzateke egokia izango osasun-profesional gehienak 8:00etatik 15:00etarako txanda orokorrean pilotzea.

Alde horretatik, arratsaldeko edo gaueko eta jaiegun edo asteburuetako txandetan ez da egoten gizarte-langile nahikoa; pazienteen ordezkariak nabarmendu dute hori, batez ere. Paziente ahulenen kolektibo batzuk dituzten premiak (laguntza, lagun egitea edo orientazioa) kontuan hartuz gero, gizarte-langile gutxi edo gizarte-langilerik ez egotea traba gehigarria da; egoera horrek, gainera kontrako ondorioak izan ditzake eta zerbitzuen funtzionamendua kaltetu dezake, zenbaitetan.

Ospitaleko larrialdiak artatzen dituzten profesionalen prestakuntzari dagokionez, partaide gehienek planteatu zuten larrialdietako medikuntzako prestakuntza eta titulazio espezifikokoak sustatu beharko liratekeela, berezko definizio eta izaeradun

espezializazio-adar gisa. Gai horri buruzko eztabaida aspaldikoa da<sup>28</sup> eta, profesionalen kolektiboak aldarrikapenak egin dituen arren, ez dute lortu aldarrikapen horiek uztailaren 25eko 639/2014 Errege Dekretuan jasotzea. Dekretu horrek enborreko gaiak, enborreko espezializazioak eta gaitze espezifikoko arloak arautzen ditu, prestakuntza-plazak eskuratzeko urteko probetan aplikatzeko arauak ezartzen ditu, Osasunaren Zientzietan espezializatutako prestakuntza-sistemaren beste gai batzuk zehazten ditu eta espezialista titulu batzuk sortzen eta aldatzen ditu.

2007ko maiatzean, parlamentuko talde nagusiek larrialdietako medikuntza-espezialitate bat ezartzeko legez besteko proposamen bikoitz bat bideratu eta onartu zuten, eta Gobernuari arautzeko eskatu zioten.<sup>29</sup> Aipatu errege-dekretuan, gaikuntza espezifikoen arloetako bat larrialdien gainekoa da. Gaikuntza-arlo horiek dira, zehazki, Osasun Zientzietako espezialitate baten edo gehiagoren programa ofizialean jasotzen direnez aparte garatzen diren ezaupide, abilezia eta gaitasunak; izan daitezke gehiago edo sakonagoak, betiere laguntza-, zientzia-, gizarte- eta antolaketa-interes handikoak. Prestakuntza ziurtagiridun irakaskuntza-unitateetan gauzatu behar da. Horren harian aipatu beharra daukagu larrialdietako arretan espezializatzeko premia zerbitzu horietan lan egiten duten erizaintzako profesional ugarik eman dutela aditzera, baita ere. Larrialdietako medikuntza- eta erizaintza-espezialitate bat jartzeari buruzko eztabaida, ordea, ez da konpontzen, beste batzuen iritziz ez delako beharrezkoa.

Larrialdietako medikuntza-espezialitate bat eskatzen dute, hain zuzen ere, hainbat helburu lortuko lirakekeelako: irakaskuntza-ibilbidea hainbesteko garrantzia duen zerbitzu horren araberakoa izatea, ikertzaile-profil espezifikoa bat garatzea eta ospitalean erabaki orekatuagoak hartzea, besteak beste.<sup>30</sup> Azterlan

---

<sup>28</sup> Hala, Herriaren Defendatzaileak honako hau adierazi zuen 2009ko urteko txostenean: «Aurten ere azpimarratu behar dugu ez dela aurrerapauso adierazgarririk eman larrialdietako medikuntzako enborreko espezialitatea sortzeko; hori, larrialdietako arreta ematen duten profesionalen prestakuntza espezifikoa garrantzi handia duen arren». Herriaren Defendatzailea, *Informe anual 2009 y debates en las Cortes Generales*, 1, Madril (2010), 447.

<sup>29</sup> *Gorte Nagusietako Aldizkari Ofiziala*, Diputatuen Kongresua, D saila, 571, 2007ko ekainak 19.

<sup>30</sup> Osasunaren Institutu Nazionalak kudeatzen dituen ospitaleen egitura, antolaketa eta funtzionamenduari buruzko Araudia onartzen duen apirilaren 15eko 521/1987 Errege Dekretuak dio zerbitzu hierarkizatuei medikuntza espezialitate bana dagokiela. Hori dela eta, OLZk ez dira zerbitzu hierarkizatutzat hartzen eta, beraz, egoera berezian daude ospitaleko zerbitzuen multzoan. Egoera hori gainditzeko asmoarekin, Kataluniako Osasun Institutuak, zerbitzu hierarkizatuak sortzeko, aldatzeko eta hedatzeko irizpideak arautzen dituen irailaren 25eko 28/2014 akordioaren bitartez, zerbitzu horiek eratzeko irizpide berri bat ezarri zuen: «laguntza-jarduera antolaketa-egitura egonkor baten bitartez eta zerbitzuak berezko dituen laguntza, irakaskuntza, ikerketa eta

honen ikuspegitik, eta aintzat hartuta OLZek ospitaleko jardueran garrantzi handia dutela, espezializatu nahi hori ulertzeko modukoa da. Gainera, ez dugu ahaztu behar profesionalak, larrialdietan gehien erabiltzen diren teknika klinikoek gaineko prestakuntza ez ezik, zerbitzu horiek dituzten bereizgarrien inguruko prestakuntza ere jaso behar dutela: arreta kudeatzea, berezko tratamendu espezifikoak behar dituzten kolektibo ugariekin tratatzea (azterlan honen laugarren kapituluaren azalduko dugu hori) eta egunero estu-estu lanean aritu behar eragin dezakeen estresa kontrolatzea, besteak beste.

Larrialdietako profesionalak, tentsio-egoera gehiago bizitzen dituztenez eta laneko estres handiagoa dutenez, segurtasun pertsonaleko eta autobabeseko protokoloen definizioa eta segimendua indartzea behar dute.

### **3.1.2.2. Barruko mediku egoiliarrek. Larrialdietako prestakuntza eta ikuskaritza**

Barruko mediku egoiliarrek (BAME), dagokien lan-loturaren arabera, prestatzeaz gain laguntza-zereginak bete behar dituzte. Hona hemen Auzitegi Gorenaren adierazpena: «BAMEek zentroko medikuek ikuskatuta bete behar dituzte dagozkien laguntza-zereginak; zeregin horiek instrumentalak dira, prestakuntza espezializatuaren zerbitzura daude, eta ez dituzte zentroko bertako medikuei dagozkienak ordezkatu edo osatuko, bertakoei dagozkien lanak nahikoa izan behar baitute laguntza-premiei erantzuteko».<sup>31</sup>

BAMEen jarduera-eremua denborarekin aldatu egin da: laguntza-arloak gero eta garrantzi gehiago hartu du, prestakuntza hutsaren kalterako. Horrela dago arautua Osasun Zientzietako espezialitateak zehazten eta sailkatzen dituen eta osasun-prestakuntza espezializatuko sistemaren alderdi batzuk garatzen dituen otsailaren 8ko 183/2008 Errege Dekretuan. Doktrina zientifikoan adierazi dute prestatzen ari diren medikuek autonomia pixka bat behar dutela tutoretzapeko laguntzan, ez baita posible arduradunek mediku egoiliarren jarduera guztiak kontrolatzea.

---

kudeaketa arloko helburu espezifikoekin gauzatzea». (*Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 6724, 2014ko urriak 9).

<sup>31</sup> Auzitegi Gorenaren 1993ko azaroaren 16ko epaia (3. epaimahaia, VII. atala), laugarren oinarri juridikoa.

Azterlana prestatzeko saioetan parte hartu zutenei Herriaren Defendatzaileek jasotzen dituzten kexen harira landutako hainbat gai eman genizkien aditzera: pazienteen mesfidantza, BAMEek emandako arretaren kalitatearen inguruan; BAMEen bigarren prestakuntza-urteetik aurrerako helmenaren, erantzukizunaren eta gero eta ikuskaritza urriagoren zehaztasunik eza; lehen eta bigarren prestakuntza-urteetako BAMEek laguntza-erantzukizunak haien gain hartzea, espezialista batek zuzenean eta momentuan ikuskatu gabe; BAMEek ikuskatu gabe esku hartu ondoren intzidentzia klinikoak sortzea; eta BAMEek emandako arreta pazienteak ebaluatu ez dituzten mediku espezializatuei egoztea.

OLZetako langile-taldeak heterogeneoak direla aipatu dugu, profesional medikuen prestakuntza desberdina delako, batez ere txandatze-sistema dela eta ospitaleko beste espezialitate batzuetatik heldutako barruko mediku egoiliarrena. Behin eta berriz aipatu dute larrialdi-zerbitzuetan laguntza-jarduerak egiten dituzten BAMEen prestakuntza-prozesuen dibertsitatea ez datorrela bat praktikan haien gain hartu behar duten lan-zamarekin.

Adierazi dute, baita ere, lehen eta bigarren prestakuntza-urtean dauden medikuek bakarrik ematen duten arretak zerikusia duela kontrako ondorio gehiago agertzearekin eta egiten diren proba diagnostikoen igoerarekin. Egoiliarrek gero eta erantzukizun gehiago hartu behar badituzte ere, larrialdietako laguntza ezin da profesional horien esku denbora luzean utzi, nahiz eta kasu guztietan dagokien alboko medikuari kontsulta egiteko sistema martxan egon.

Gainera, kontsulta egin diegun espezialistek azaldu digute zailtasunak dituztela BAMEen laguntza-jarduerak zaintzeko eta ikuskatzeko dauzkaten zereginak betetzeko. Batetik, egoiliar horiek larrialdi-zerbitzuetik kanpokoak izaten direlako; eta bestetik, baliabideak doi dauzkatelako, batez ere laguntza-presioa handia denetan. Oro har, larrialdi-zerbitzuak ez dute ordezkari nahikoa ospitaleko irakaskuntza-batzordeetan, eta ez dirudi hori egokia denik, kontuan hartuta egoiliarrek zerbitzu horietatik ere pasa behar dutela, prestakuntza espezializatuko urteetan.

## 3.2. DUINTASUNA ETA INTIMITATEA

### 3.2.1. Gai orokorrak

Auzitegi Konstituzionalak egindako aldarriaren arabera, duintasunak «Espainiako konstituzioko 10.1 artikuluan jasotako ordenamenduan balio goren du, gainerako balio eta printzipioen ataria da eta, beraz, funtsezko garrantzia du».<sup>32</sup> Auzitegi Gorenaren jurisprudentziak aintzatesten duen<sup>33</sup> norberaren intimitatea babesteko eskubidearen funtsezko bereizgarria hau da (konstituzioko 18. artikulua): «norberaren gordeleku bat da, erabateko eduki juridikoa duena eta inor tartean ez sartzeko babestu behar dena, horretarako legitimitatea dena delakoa ere».<sup>34</sup>

Literatura zientifikoaren arabera, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan pazienteen duintasuna eta intimitatea urratzeko arrisku handiagoa dago, zerbitzu horien bereizgarriak direla eta. Hala, Aragoiko ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan hartutako pazienteen intimitateari buruzko azterlan prospektibo batean ikusi zuten, azterlana egindako hamar ospitaleetan, entzumen-intimitateari 5 puntutik 3,93 eman zizkietela, batez beste.<sup>35</sup> Galdeketa egin zuten pazienteen ia laurdenak aitortu zuen beste paziente batzuk langileekin izandako elkarrizketak entzun zituela, eta pazienteen %20k baino gehiagok adierazi zuen beste paziente batzuk haien elkarrizketak entzun zituztenaren susmoa zutela. Ikusmen-intimitateari dagokionez, batez besteko puntuazioa 4,32 izan zen, eskala berean. Zazpi pazientetik batek esan zuen beste paziente batzuk nola aztertzen zituzten ikusi zutela, eta 10etik batek arreta jasotzen zuen bitartean beste paziente

---

<sup>32</sup> 337/1994 epaia, laugarren oinarri juridikoa.

<sup>33</sup> Auzitegi Gorenaren 1989ko uztailaren 19ko epaia (4. epaimahaia, I. atala), hirugarren oinarri juridikoa.

<sup>34</sup> Oviedoko Hitzarmenak honako hau dio 1. artikuluan: «Hitzarmen hau sinatu duten alderdiek gizakien duintasuna eta nortasuna babesteko dituzte eta pertsona guztien segurtasuna eta oinarrizko eskubide eta askatasunak errespetatuko dituzte, diskriminaziorik egin gabe; hori, biologiaren eta medikuntzaren aplikazioei dagokienez. Alderdi bakoitzak Hitzarmen honetan ezarritakoa aplikatzeko behar adina neurri txertatuko ditu haren barne-araudietan». Osasunari buruzko apirilaren 25eko 14/1986 Legeak 10. artikuluko 1. eta 3. ataletan dio pazienteek haien «nortasuna, giza duintasuna eta intimitatea errespetatzeko» eskubidea dutela, baita «haien prozesuarekin eta osasun-erakundeetan egindako egonaldiekin zerikusia duen informazioa guztia isilpekoa» izateko eskubidea ere. Halaber, pazienteen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren alorreko eskubide eta betekizunak arautzen dituen azaroaren 14ko 41/2002 Legeak honako hau dio 2.1 artikuluan: «Informazio eta dokumentazio klinikoa eskuratzeko, erabiltzeko, artxibatzeko, zaintzeko eta helarazteko jarduera guztietan gizakien duintasuna, borondate-autonomia eta intimitatea errespetatuko dira».

<sup>35</sup> Mozota Duarte, J., et al., «Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón», *Emergencias*, 25 (2013), 445-450.

batzuk ikusi egin zutenaren ustea zuela. Datu horiek, gainera, bat datoz profesionalen egindako galdeketa batekoekin; izan ere, profesionalen %40k adierazi zuen informazioa korridorean edo gelakidearen aurrean ematen zuela «beti» edo «ia beti».

Adituen iritziz, larrialdi-zerbitzuetako egitura fisiko eta funtzionalak eragotzi egiten du, askotan, pazienteen duintasuna eta intimitatea ziurtatzea. Kasu guztietan pazienteen eskubideak bermatzea ezinezkoa dela uste dute denek, eta hainbat gertakari hori berrestera datoz: oheak egoten dira korridoretan edo horretarako prestatu gabeko lekuetan, laguntza-eremuek gainezka egiten dute eta informazioa emateko lekuak ez dira egokiak, besteak beste.

Azterlana prestatzeko saioetan, entzumen- eta ikusmen-intimitatearen gaineko iritziak emateko esku hartu zuten gehien partaideek. Egitura arazoez gain, intimitatea errespetatzen ez zuten jardunbide batzuk ere aipatu zituzten, identifikazio pertsonaleko datuak agerian uztea (dokumentazio klinikoa leku desegokietan jartzea eta datuak ahoz esatea) eta profesionalen informazioa korridorean edo beste paziente batzuen aurrean ematea, esate batera<sup>36</sup>. Gauzak horrela, neurriak hartu beharra zudela adierazi zuten, besteak beste honako hauek:

- Zerbitzuen egitura fisikoa moldatzea: eskariak gora egiten duenean arreta pazienteen intimitatea urratu gabe emateko moduko lekuak jartzea.
- Datu pertsonalak agerian ez uztea eta paziente eta baimendutako senide edo ahaideei informazioa emateko zona bereziak jartzea.
- Isolamendu bisual eta akustikorako bitartekoak jartzea.
- Profesionalen intimitatearen eta konfidentzialtasunaren inguruan sentsibilizatzea eta prestatzea sustatzea (informazioa egoki emateko jardunbide egokiak ezagutzea).
- Laguntzaren Etikako Batzordeetan parte-hartzea bultzatzea.

Duintasunak garrantzi berezia dauka fase terminalean dauden pazienteen kasuan. Aditu guztiek iritzi zioten paziente horiei arreta ez zaiela larrialdi-

---

<sup>36</sup> Dena den, zehaztu zuten larrialdi-zerbitzuetako eremu irekiek, eskubideak urratzeko arriskua handitzen duten arren, pazienteak hobeto kontrolatzeko aukera ematen dutela.

zerbitzuetan eman behar, ingurune horretan ezin delako ziurtatu duintasunez hiltzea, eta ezin delako, ezta ere, senide eta ahaideen dolua zaindu. Haien aburuz, paziente horiek zainketa aringarriko unitateetan egon beharko lukete, edo etxean eman beharko litzaieke laguntza, bizi-euskarriko ekipoekin lagunduta.

### **3.2.2. Gainezkaldiak**

Herriaren Defendatzaileei herritarrek aurkeztutako kexen iturri diren gaiek ez dute osasun-arretarekin zerikusirik, OLZetako gainezkaldiek giza izaera eta duintasuna kaltetzen dutenarekin baizik. Hala, kexa nagusiak dira ohatiletan eta korridorean egon beharra, pazienteak gainerakoen aurrean hiltzea eta hirugarrenek norberaren barru-barruko gauza pertsonalak ikustea.

Ingurune hori zertan den zehazteko, adierazi beharra daukagu larrialdietako zerbitzuen gainezkaldietan barne-kudeaketako faktoreek ez ezik (ebazteko ahalmena eta larrialdietako pazienteen irteera-fluxua) zerbitzutik kanpoko faktoreek ere badutela eragina.<sup>37</sup>

Azterlan hau prestatzeko saioetan, partaideek iritzi zioten larrialdi-zerbitzuetan pazienteen duintasuna eta intimitatea ziurtatzeko zailtasunak dituztela eta, zenbaitetan, ezinezkoa dela hori lortzea. Azaldu zuten zerbitzu horiek, maiz, arrazoi estrukturalengatik egiten dutela gainezka, ez arrazoi puntualengatik, eta gainezkaldi horiek sortzen dutela pazienteen aipatu eskubideak urratzeko arriskua. Gainezkaldiak eragiten dituzte, besteak beste, osasun-zentroak oherik libre ez izateak eta ohe horiek modu eraginkorren ez kudeatzeak. Gauzak horrela, larrialdi-zerbitzuetan ospitaleratzeko agindua jaso duten pazienteak ohearen zain egoten dira, kasu askotan denbora luzean, eta ez beti kondizio egokietan, laguntzari eta oinarrizko eskubideen babesari dagokionez.

Saioetako partaideen iritzien arabera, ordea, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako pazienteen joan-etorria egoki aztertuz gero, laguntza-eskariaren joerak aurreikusi eta zenbat paziente ospitaleratu beharko diren zehaztu daiteke. Beraz, posible da gainezkaldiak hein handi batean konpontzeko neurriak hartzea. Partaideek

---

<sup>37</sup> Flores, C.R., «La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad», *Emergencias*, 23 (2011), 59-64.

adierazi zuten funtsezko neurrietako bat dela behin larrialdi-zerbitzuetako arreta amaituta «drainatzea» edo pazienteen irteera arintzeko faktore askoko jarduerak antolatzea. Hona hemen eztabaidatutako proposamen nagusiak:

- Alta goiztiarren kudeaketa sustatzea. Ospitaleratze-altak goizetan formalizatzea komeni da, ospitaleratzeko eta asteburuetakoa ahalmena hobetzeko. Halaber, alta horiek ez lirateke arratsaldeko txandetan pilatu behar, aldez aurretik alta jasoko dutela ziurtatutako pazienteak libratu daitezkeen oheetan geratzen direlako.
- «Solairuko oheen erreserbak» programatzea, larrialdi-zerbitzuetan hartuko duten paziente-kopuruaren aurreikuspenen arabera.
- Espezialitate guztiekin ospitaleratzeko irizpideak adostea eta ezartzea, koadro klinikoaren arabera, larrialdietako medikuek ospitaleratzeak baimendu ahal ditzaten eta pazienteek hainbeste itxaron behar ez dezaten.
- Kalitate-adierazleak ezartzea, pazienteek zerbitzuan gehienez zenbat denbora egon behar duten zehazteko (alta edo ospitaleratzea).
- Ohiko ospitaleratzeaz aparte neurriak sustatzea (etxeko arreta, eguneko ospitalea, kirurgia handi ambulatorioa, ebazpen handiko kontsultak, patologia asko dituzten paziente kronikoentzako laguntza iraunkorreko unitateak eta abar).
- Patologia edo biztanle-multzo zehatz batzuei egokitutako zirkuituak ezartzea.
- Osasun-garraioa hobeto kudeatzea. Zenbaitetan, larrialdi-zerbitzuan alta jaso duten pazienteen irteera atzeratu egiten da.

Iritzia eskatu genien profesionalek azpimarratu zuten ospitaleratze gehienak larrialdi-zerbitzuetan agintzen diren arren, ez dutela eskumenik eskariari eusteko esku hartzeko eta pazienteak ospitaleratze-unitateetara bideratzea erabakitzeko; izan ere, erabaki hori beste arlo batzuetako mediku espezialistek hartzen dute. Ospitaleetako eguneko programazioan, beraz, ez dira kontuan hartzen larrialdi-zerbitzuetako premiak.



Profesionalen eta kudeatzaileen ordezkariak Herriaren Defendatzaileei azaldu diete oro har itxarote-zerrendan dauden pazienteen ospitaleratzeei ematen zaiela lehentasuna, larrialdi-zerbitzuetan bideratutakoen aldean. Hori gertatzen da, beharbada, eztabaida publikoetan hizpide diren kudeaketa-adierazleetako bat itxarote-zerrende berruzkoa delako eta larrialdi-zerbitzuetako adierazleak ez direlako kontuan hartzen. Lehentasun horiek ezartzearen beste arrazoi bat ere aipatu zuten: pazienteek larrialdi-zerbitzuan egiten dituzten egunak ez dizkiete gehitzen gero ospitaleratzen diren arloetan igarotzen duten denborari eta, ondorioz, «batez besteko egonaldiaren» kalitate-adierazlean ez da informazio guztia biltzen.

Udaran ospitale-oheak ixteko erabakiari dagokionez, neurri hori hartzen da laguntza-eskariak eta -jarduerak behera egiten dutelako; aitzitik, biztanleriak eta eskari potentzialak gora egiten duten lurralde-eremuetan neurri horrek ez du justifikaziorik. Partaideek iritzi zioten oheak ixteko erabakia hartu beharko litzatekeela larrialdi-zerbitzuetako profesionalen zerbitzu horien premia estrukturalen eta laguntza-eskari eta -eskaintzaren egokitzapenaren gainean kontsulta egin ondoren, eta, betiere, ezusteko premiak sortuz gero oheak berehala irekitzeko baldintzarekin.

### **3.3. Borondate-autonomia eta informazioa jasotzeko eskubidea**

#### **3.3.1. Baimen informatua**

Oviedoko Hitzarmenak honako hau dio 5. artikuluan: «Osasun arloko esku-hartzeren bat gauzatzekotan, esku-hartze horrek eragindako pertsonak bere baimena eman beharko du, askatasunez eta beharrezko informazioa jaso ondoren. Esku-hartze horren xede eta izaeraren zein arrisku eta ondorioen gaineko informazio hori alde aurretik eman beharko zaio, eta egokia izan beharko du». Medikuntza-jarduera baimentzeko eskubidea Europar Batasuneko Oinarrizko Eskubideen Gutuneko 3.2 artikuluan dago jasoa.<sup>38</sup>

Hitzarmenaren antzera, azaroaren 14ko 41/2002 Legeak baimen informatuari buruzko guztia zehatz-mehatz arautzen du, eta dio osasun-arloko edozein

---

<sup>38</sup> 2000. urteko abenduaren 7an gehitu zioten, Nizan (*Europako Erkidegoen Aldizkari Ofiziala*, 2000ko abenduak 18).

jardueratan, oro har, pazienteak baimena eman behar duela, informazio egokia jaso eta kasu bakoitzeko aukerak aintzat hartu ondoren. Baimen informatua jasotzeko baldintza horren salbuespen gisa, legeak dio medikuek pazientearen osasunerako ezinbestekoak diren esku-hartze klinikoak egin ahal izango dituztela pazientearen segurtasun fisiko edo psikikoa arriskuan bada eta haren baimena lortu ezin bada. Hori atzeratu ezin diren esku-hartze medikoetan bakarrik aplikatu daitezke; izan ere, esku-hartzea atzeratzeko moduko kasuak, atzeratzea oso txikia bada ere, ez dira salbuespen horretan sartzen.

Auzitegi Konstituzionalak 37/2011 epaian jaso du baimen informatuari buruzko bere doktrina: autodeterminazio-ahalmen bat da, pazienteak legitimatzen duena, borondate-autonomia baliatuz, haren segurtasunean eragina izan dezaketen neurri terapeutiko eta tratamenduen gaineko erabakiak libre hartzeko, dauden aukera guztiak aintzat hartuz bat hautatzeko, neurri eta tratamendu horiek gauzatzea onartzeko edo ez onartzeko. Baina, subjektuari eragiten dioten jardura medikoen gaineko erabakiak hartzeko eta baimena emateko ahalmen hori askatasun osoz baliatzeko, ezinbestekoa da pazienteek neurri terapeutikoei buruzko informazio mediko egokia izatea, informazio hori badu bakarrik eman ahal izango baitu baimena libreki». Baimen informaturik ezaren ondorioei dagokienez, Auzitegi Gorenak adierazi du «lex artis ad hoc arau-haustea» dela, berez.<sup>39</sup>

Aurretik osasun-informazioa ematea, beraz, pazienteen borondate-autonomiaren printzipioaren eta medikuntza-jardueren inguruko funtsezko eskubideak aintzatesten dituzten agindu konstituzionalen eraginkortasuna ziurtatzeko prozedura edo mekanismotzat har daitezke. Laguntza-jardueren ondoriozko informazio hori egiazkoa izango da eta pazienteari hark ulertzeko moduan eta dauzkan premien arabera emango zaio, borondatez eta askatasunez erabakiak hartzen laguntze aldera.

Larrialdi-zerbitzuetan beste zerbitzu mediko batzuetan baino eragin handiagoa izan ohi dute, batetik, diagnostikoen eta terapien gaineko erabakiak hartzeko denbora gutxi izateak; eta bestetik, pazienteen segurtasun fisiko edo psikikoa bat-batean arrisku larrian jartzen duten egoerek. Hori izan daitezke urgentzia zenbat eta larriagoa izan informazio-eskaria orduan eta txikiagoa izatearen arrazoia. Hala eta guztiz ere, arrisku-egoerak izatea ez da nahikoa informazioa ez

---

<sup>39</sup> Auzitegi Gorenaren 2011ko azaroaren 2ko epaia (3. epaimahaia, IV. atala), hirugarren oinarri juridikoa.

emateko eta baimena ez eskatzeko; arrisku hori berehalakotasunaren eta larritasunaren arabera kualifikatu behar da.

Dagokigunerako, hauek dira, labur-labur, baimen informatuaren bereizgarriak: 1) osasun-profesionalek jarduerari ekin aurretik bete behar duten ezinbesteko zeregina da, zeregin hori betetzeak legitimatzen baititu pazienteak osasunaren gaineko erabakiak hartzeko; 2) pazienteen ikuspegitik, pertsonen duintasuna aintzatesteko modu bat da, era horretan askatasuna eta nor bere kasa erabakiak hartzeko ahalmena errespetatzen direlako; 3) ondorioz, baimen informaturik ez izatea (salbu legean jasotako salbuespenetan) *lex artis* arau-haustea da eta ondorio juridikoak izan ditzake.

Ezagutzera eman diguten errealitateak zalantzan jartzen du, zenbaitetan, informazioa jasotzeko eta baimena emateko balioen nagusitasuna, eta baita, ondorioz, pazienteen erabakitzeko ahalmena. Errealitate horretan, nolabait, medikuen eta pazienteen arteko harremanaren muina itxuraldatu egiten da eta osasuneko profesionalen ongintzari eta profesional horiek pazienteei gehien komeni zaienaren ustearen arabera erabakiak hartzeko duten gaitasunari ematen zaio garrantzia.

Azterlana prestatzeko saioretan pazienteen ordezkari gisa aritu zirenek adierazi ziguten osasuneko profesionalak ematen duten informazioa ez dela oso argia izaten, komunikazio-prozedura eskasa izaten dela eta ulermen-arazoak gainditzeko ahalegin mugatuak egiten dituztela, oro har.<sup>40</sup> Kolektibo horiek

---

<sup>40</sup> Hona hemen pazienteen ordezkariak emandako arrazoibide batzuk: 1) Baimena, zenbaitetan, profesionalen eta osasun-zentron defentsarako tresnatzat hartzen da, ez pertsonen borondate-autonomia babesteko eta ziurtatzeko tresnatzat. Pazienteek, baimena eman aurretik, batzuetan ez dute prozedura terapeutiko edo diagnostiko baten gainean erabakia libreki hartzeko informazio egokia eta nahikoa jasotzen. 2) Baimen informatua formalizatzeko eredu batzuk, idazkera eta eduki teknikoa direla eta, nekez ulertzen dira. Alde horretatik, ezinbestekoa da hizkera ulergarria, sinplea, argia eta hartzailearen arabera izatea, batik bat desgaitasunak dituzten pazienteen kasuan. 3) Baimena emateko ezinbestekoa da jasotako informazioa hausnartzea, baloratzea eta aintzat hartzea, eta horretarako baldintza egokiak jarri behar dira; hori, ordea, ez da kasu guztietan gertatzen. Informazioa hausnartzeko denbora nahikoa ez eskaintzea baimen informaturik ez ematea bezala da. 4) Ahultasun-egoeran dauden pertsonentzat baimen informatua emateko dokumentu espezifikokoak eduki beharko litzukete, kolektibo bakoitzaren bereizgarrien arabera egokituak. Baimena paziente horien ordezkari diren erakundeei kontsulta egin ondoren formalizatu beharko litzateke. 5) Lehen mailako arretan azterlanak egitea komeni da, kolektibo ahuletako pertsonen ulertzeko gaitasuna eta osasun-arloko zaintza eta tratamendu aldetik dauzkaten lehentasunak zeintzuk diren jakiteko; hori, larrialdi-zerbitzuetako arretan haien pertzepzioa proiektatze aldera. 6) Baimena emateko dokumentuak beste hizkuntza batzuetan jarriz gero, beste nazionalitate batzuetako pazienteek informazioa errazago eskuratuko lukete eta haien borondate-autonomia errespetatzea erraztuko litzateke. 7) Baimena formalizatu ondoren, paziente

osasun-informazioaren arloan kultura berri bat ezartzearen alde agertu ziren. Helburua izango litzateke laguntza-prozesu osoan profesionalen eta pazienteen arteko etengabeko elkarrizketa erraztea. Ezinbestekoa litzateke, baita ere, hizkera ulergarria, sinplea, argia eta hartzailearen araberakoa izatea, batik bat desgaitasunak dituzten pazienteen kasuan. Garrantzitsua da, halaber, aukera diagnostiko eta terapeutiko guztiei buruzko informazio gehiago izatea, bereziki landa-ingurunean eta uharteetan.

Osasuneko profesionalen ordezkariak azpimarratu zuten, aitzitik, pazienteei informazio nahikoa ematen dietela, eta ez dela erraza izaten haien iguripenak kudeatzea, batzuetan neurritz kanpokoak direlako, eta ezta zerbitzuetako gainezkaldiak kudeatzea ere.<sup>41</sup> Dena den, adierazi zuten beti ez dutela hautazko terapiari buruzko informazioa ematen. Horrez gain, ez da kasu guztietan egiaztatzen pazienteek jasotako informazioa ulertu duten ala ez, eta historia klinikoan ez da beti jaso geratzen zer informazio eman zaien. Kudeatzaileen kolektiboko adituek ere antzeko iritziak azaldu zituzten.<sup>42</sup>

Profesionalen ordezkariak Herriaren Defendatzaileei aditzera emandako iritzien azpian ikusten da baimen informatuaren birtualtasuna ez dela, beharbada, kasu guztietan onartzen. Adierazpen batzuk kontuan hartuz, badirudi gai juridiko hori administrazio-prozedura hutstzat hartzen dela zenbaitetan, eta helburu nagusia

---

batzuk (kopurua nahiko esanahitsua da) informazio nahikoa eta egokia jaso ez izanarekin zerikusia duten kezak planteatzen dituzte.

<sup>41</sup> Hona hemen profesionalek egindako adierazpen batzuk: 1) Baimenak zerbitzu orokorretan eragin osoa dauka, larrialdi-zerbitzuetan, ordea, ez. 2) Zenbaitetan, hautazko diagnostiko eta terapiak osasuneko profesionalek aukeratzen dituzte, pazienteek parte hartu gabe. Jokaera hori justifikatzeko argudiatzen dute erabaki erabat teknikoak izaten direla eta pazienteek profesionalarengan duten uste osoak profesionalek pazienteei gehien komeni zaien erabakia hartzeko baimena ematen diela. 3) Baimena, legez, idatziz formalizatu behar den kasuetan, ahoz eskatzen da. 4) Pazienteek, maiz, baimena idatziz emateko dokumentua ematen zaienean, berehala eta edukiari buruz nahikoa hausnartu gabe sinatzen dute. 5) Espezialista batek baino gehiagok esku hartzen duten prozeduretan, baimena nork eskatu behar duenaren inguruko eztabaidak sortzen dira, zenbaitetan, eta, ondorioz, pazienteen borondate-autonomia ez da behar bezala ziurtatzen.

<sup>42</sup> Kudeatzaileek gai hauek aipatu zituzten: 1) Osasuneko profesionalek ez dute pazienteen borondate-autonomiaren alderdi etikoen gaineko prestakuntzarik. Ospitaleko Etika Batzordeek arlo horretan erabakitazuzenez esku hartu beharko lukete. 2) Baimena emateko dokumentuak formalizatzerakoan, batzuetan ez da pazienteen borondate-autonomia ziurtatzen, sinatu baino ez direlako egiten, edukiaren helmena zein den jakin gabe. Dokumentua irakurri eta ulertu gabe sinatzeak baimena ziurtatzea du helburu, ez proba diagnostikoari edo prozedura kirurgikoari buruzko informazio nahikoa eta egokia ematea. 3) Batzuetan baimen informatuaren dokumentua ez zaio historia klinikoari gehitzen eta, ondorioz, zenbaitetan, prozedura kirurgikoak eten egin behar izaten da.

dela erantzukizunetatik libratzea, pazienteek keixaren bat jartzen badute. Aitzitik, esan bezala, prozesu hori ez betetzea *lex artis* arau-haustea da.

### **3.3.2. Aurretiko argibideak**

Ospitaleko larrialdi-zerbitzuen espezifikotasuna dela eta, oso garrantzitsua da pazienteen aurretiko argibideak eraginkorrak izatea (hori ere borondate-autonomiaren printzipioaren adierazgarri da), eta baita dokumentu horien erregistroak eskura izatea ere.

Saioetan parte hartu zutenek iritzi zioten aurretiko argibideek eragin eskasa zutela. Hauek dira argibide horiek gutxi erabiltzea eragiten duten faktoreak, besteak beste: instituzio juridiko horrek Espainian duen tradizio falta, informazio eskasia eta heriotzarekin zerikusia duten gai batzuei aurre egiteko arazo kulturalak. Azaldu zuten, baita ere, aurretiko argibideen aplikazioak ez duela arazorik sortzen, oro har, osasun-zerbitzu batzuetako sistema informatikoetan argibide horien ikonoak baitituzte. Jakinarazi zuten, halaber, beste autonomia-erkidego batzuetatik heldutako pazienteei arreta eskaintzeko zailtasunak izaten zituztela, historia klinikoaren elkarreraginkortasun-arazoengatik. Kasu horietan, aurretiko argibideen erregistro nazionalera jo beharra dago, autonomia-erkidegoetako erregistroetako arduradunen bitartez, eta prozedura hori larrialdietan ez da eraginkorra. Alde horretatik, aipatu zuten osasuneko profesionalentzako informazio-kanpainak eta prestakuntza-planak sustatu beharko lirakekeela, aurretiko argibideak ezagutzera emate aldera.

### **3.3.3. Informazio klinikoa**

Historia klinikoan laguntza-prozesuetan pazienteen egoera eta bilakaera klinikoaren gainean sortutako informazio, datu eta balorazioak jasotzen dituzten dokumentuak daude bilduta. Helburua da laguntza erraztea eta, horretarako, osasuneko profesionalen iritzi pazienteen osasuna zertan den jakiteko behar diren datu guztiak jasotzen dira. Kontzeptu hori beste zabalago baten baitan dago, dokumentazio klinikoarenean, hain zuzen ere, eta beste zehatzago bati lotzen zaio, alegia informazio klinikoari.

Adituek eman diguten informazioaren arabera, historia kliniko elektronikoaren ezarpenaren panoraman alde handiak daude lurralde-eremu batetik bestera. Adierazi dituzten iritzietan ikusten da, batetik, historia klinikoak koordinatzeko arazoak dauzkatela; eta bestetik, sistema bateragarri bat ezarri beharra dagoela, dauden sistemen dibertsitatea eta historia kliniko motak aintzat hartuta, paziente berari arreta ematen dioten Espainiako laguntza-zentro guztiek erabili ahal izateko modukoa. Helburua litzateke pazienteen segurtasuna areagotzea eta zentro batera baino gehiagora joaten diren pazienteek behaketak eta prozedurak ez errepikatzea, errepikatu behar ez badira.

Arlo horretan garrantzia duten gai praktiko batzuk ere aipatu zituzten: 1) historia klinikoak elkarreraginkorrak ez direnean, kontrako ondorioak izateko arrisku gehiago dago, batik bat kolektibo ahulenetan; 2) berme bikoitza duten biztanle nahikoa daude eta zentroek ezin dute dokumentazio klinikoa trukatu; 3) historia kliniko bakarra ez dagoenean edo informatizatu gabe dagoenean, larrialdi-zerbitzuetako langileek ezin dute historia klinikoa ikusi; 4) mailakatzetik eratorritako datuak historia kliniko informatizatuan sartzeko zailtasunak dituzte; 5) historia klinikoaren egiturak berak ez du uzten pazienteen trazabilitatea egiaztatzen, salbu kasu batzuetan.

### 3.4. Pazienteen segurtasuna

Osasunaren Mundu Erakundeak honako hau adierazi du: «osasun arretako zerbitzuetan, esku-hartzeak pazienteei on egiteko asmoarekin egiten dira, baina kalte ere egin diezaiekete. Osasun-arreta emateko sistema modernoak hainbat prozesu, teknologia eta giza elkarrekintza konbinatzen ditu, eta horrek mesede handia egin diezaguke. Dena den, kontrako ondorioak izateko arrisku saihestezina ere badakar berekin eta, izan ere, maizegi izaten dira».<sup>43</sup>

Adierazpen horrek dio, baita ere, Institute of Medicine (IOM) erakundearen *To erris human*<sup>44</sup> txostena argitaratu ondoren, pazienteen segurtasuna eztabaida publikoaren ardatz bihurtu dela mundu osoan. Txosten horren arabera, «ospitalean sartzen diren pazienteen %4tik %17ra arteko portzentajeak batbateko eta ezusteko istripuren bat izango du, ez haren oinarritzko gaixotasunetik

<sup>43</sup> OME, *Calidad de la atención: seguridad del paciente*, 2001eko abenduak 5.

<sup>44</sup> Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, eta Molla S. Donaldson (editoreak), Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, 2000.

eratorria, osasun-arretatik eratorria baizik, eta horrek ondorioak izango ditu haren osasunean eta sendatzeko aukeran. Batzuetan, akats horiek heriotza eragingo dute. Balioespenen arabera, AEBetan 44.000 lagunetik 98.000 lagunera hiltzen dira urtero arrazoi horrengatik».

Espanian, *Kontrako Ondorioei buruzko Azterlan Nazionalak* (ENEAS) ospitaleko laguntzarekin zerikusi zuzena duten egoera horien intzidentzia zehazten du, berehalako arrazoiak definitzen ditu eta saihestu daitezkeenak deskribatzen ditu. Azterlan horren arabera, kontrako ondorioak izan dituzten pazienteen intzidentzia %8,40 da, eta horietatik %42,60 saihesteko modukoak dira. Pazienteen %0,25en kasuan, kontrako ondorioek heriotza eragin zuten, zuzenean. Kasuen %9,60 larrialdi-zerbitzuetan eta ospitaleratu aurreko arretan gertatu zen.<sup>45</sup>

Datu horiek aztertu eta interpretatzeko kontuan hartu beharra dago kontrako ondorioen portzentaje adierazgarri bat sisteman bertan sor dauden egoerek eragiten dutela, ez osasuneko profesionalen oharkabetasunak edo zuhurtziagabetasunak.

Azken urteetan, osasun-sistema guztietan osasun-arretako arriskuak gutxitzeko ekimenek gora egin dute. Esate batera, OMEk, Pazientearen Segurtasunaren aldeko Munduko Aliantzaren bitartez, eta Europako Kontseiluak eta Europar Batasunak, estatu-kideei gomendioak eginez eta hainbat azterlanen bidez,<sup>46</sup> osasun-arreta seguruagoa izan dadin estrategiak sustatu eta planak eta neurri legegileak proposatu dituzte.

Osasun eta Gizarte Politika Ministerioaren *Unidad de urgencias hospitalaria: estándares y recomendaciones* dokumentuak dion bezala, «ospitaleko larrialdi-unitateek gainezka egiten dutenean zailagoa da pazienteei behar bezalako osasun-arreta eskaintzea, eta tratamendua jartzeko denbora funtsezkoa da (sindrome koronario akutua, iktus iskemiko akutua, traumatismo larria); diagnostikoak atzeratu egiten dira; erikortasunak eta heriotza-tasak gora egiten du; gizakiek errazago huts egiten dute; ospitaleko heriotza-tasak gora egiten du; eta ospitaleko egonaldiak, batez beste, luzeagoak izaten dira».<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización* (ENEAS 2005), Madril, Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2006.

<sup>46</sup> *Special Eurobarometer 411, «Patient Safety and Quality of Care»*, Europar Batasuna, 2014.

<sup>47</sup> Osasun eta Gizarte Politika Ministerioa, op. cit., 14.

Azterlana prestatzeko saioetan aurkeztutako eztabaidagai-zerrendan garrantzi berezia zuten, praktika klinikoa hobetzeko giltzarri gisa, kontrako ondorioak antzemateak eta prebenitzeak, batetik; eta lehentasuna duten arloetan estrategiak antolatuz jardunbide seguruak sustatzeak, bestetik. Adituek, funtsean, osasun-sektorean intzidentziak eta kontrako ondorioak jakinarazteko eta erregistratzeko sistemez hitz egin zuten. Horregatik, badirudi sistema horiek ebaluatzea pazienteen segurtasunaren alorreko helburu nagusietako bat dela.

Herriaren Defendatzaileek kontsulta egindako pazienteen ordezkarien elkarteek honako hauek ere aipatu zituzten: 1) osasuneko profesionalak ez dute kultura nahikoa praktika klinikoko segurtasunaren eta akatsak aitortzearen alorrean; 2) pazienteek segurtasunaren inguruan jarritako kexak oso gutxi aztertzen dira; 3) arriskuak kudeatzeko unitateak sustatu beharra daude; 4) kalitate-estandarrak ezarri eta jardunbide egokien gidak egin beharra daude; 5) kulturarteko bitartekariak garrantzitsuak dira kontrako ondorioak saihesteko.

Planteamendu horiek bat datoz Osasun Ministerioak «*Estrategia en Seguridad del Paciente*» txostena egiteko deitutako adituen tailerrean adierazitako beste batzuekin.<sup>48</sup> Intzidentzien berri emateko eta pazienteen segurtasunaren segimendua eta ebaluazioa egiteko sistemak ezartzeko estrategiei dagokienez, txosten ofizial horretan hauek nabarmendu zituzten: 1) intzidentziak gutxitzeko neurriak jakinarazteko eta planifikatzeko sistema eraginkorrak ezartzea; 2) profesionalak eta pazienteak arrisku-arlo eta -faktoreei buruzko informazioa ematea; 3) arriskuak kudeatzeko espezialistak prestatzea; 4) intzidentziak jakinarazteko eta aztertzeako sistemak sustatzea; 5) kontrako ondorioengatik osasun-langileak ez zigortzea; 6) arriskuak eta kexak kudeatzen dituzten batzordeen koordinazio instituzionala bultzatzea, kontrako ondorioak daudenetan.

Profesionalen eta kudeatzaileen ordezkariak haien esperientziaren berri eman zieten Herriaren Defendatzaileei eta, haien azalpenen arabera, badirudi kontrako ondorioen portzentaje handi bat saihegarria dela eta, oro har, ez direla aitortzen eta ez direla alta-txostenetan jasotzen. Jakinarazpenik ez egitearen arrazoi

---

<sup>48</sup> Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Agentzia: *Estrategia de Seguridad del Paciente*, Madril, 2005. OSNren segurtasun-arazo nagusiei dagokienez, honako hauek zerrendatu zituzten, aipatutakoez gain: medikuen eta pazienteen arteko elkarrizketa falta, segurtasun hobetzeko dagoen informazioa (kexak) gutxi erabiltzea, profesionalak arriskuen kudeaketaren gainean sentsibilizatuta ez egotea eta osasuneko profesionalak eta gizarteak, oro har, osasun-arretako segurtasun-arazoaren larritasunaren berri nahikoa ez izatea.



nagusiak segurtasun-arloko kultura falta eta ondorio juridikoen beldurra zirela esan zuten. Aipatu zuten, halaber, Espainiako gaur egungo lege-esparruak ez duela errazten kontrako ondorioen jakinarazpenak egiteko sistemak ezartzea. Partaide batzuk gertakari horien jakinarazleak lan eta zuzenbide aldetik kalterik izango ez dutela ziurtatzeko lege-aurreikuspenak ezartzearen alde agertu ziren. Jakinarazpena derrigorrez edo borondatez egitearen gainean ere eztabaidatu zuten, eta zalantzan jarri zuten gertakari horiek erregistratzeko ekintza formala, profesionalek ez badute nabaritzen jakinarazpenak egiteak gertakariak gutxitzen dituela.

Kontsulta egindako adituen kezka nagusiak ziren kontrako ondorioak jakinarazteko eta erregistratzeko sistemak, batetik; eta sistema horiek sortzeak ikuspegi juridikotik izan ditzakeen ondorioak, bestetik. Gauzak horrela, komeni da gaur egungo jardunbideak eta zuzenbide konparatuko legeko ekimenak berrikustea.<sup>49</sup>

Espanian, Osasun Sistema Nazionalaren kohesioari eta kalitateari buruzko maiatzaren 28ko 16/2003 Legean daude zehaztuta, 59. artikuluan, hain zuzen ere, Osasun Sistema Nazionalaren kalitate-azpiegitura osatzen duten elementuak, eta elementu horietako bat da «kontrako gertakarien erregistroa, pazienteei segurtasun-arazo potentzialak eragin dizkieten jardunbideei buruzko informazioa jasoko duena». Lege horretako 60. artikulua dio, halaber, Osasun Sistema Nazionaleko Kalitate Agentzia bat sortuko dela eta organo horri dagokiola kalitate-azpiegiturako elementuak sortzea eta zaintzea. Hortaz, Espainian kontrako ondorioak jakinarazteko eta erregistratzeko sistema bat

---

<sup>49</sup> Europan eta nazioartean, estatu batzuk (AEB, Danimarka, Britainia Handia, Australia, Suedia eta Holandak, besteak beste) kontrako ondorioen berri emateko sistemak ezarri eta sistema horietara egokitutako araudi-esparruen bitartez berretsi dituzte. Europar Batasuneko Kontseiluak, 2009ko ekainaren 9an, pazienteen segurtasunari buruzko gomendio bat egin zuen, bereziki osasun-laguntzarekin zerikusia duten infekzioak prebenitzeko eta infekzio horiei aurre egiteko (*Europar Batasunaren Aldizkari Ofiziala*, C 151, 2009ko uztailak 3). Gomendio horren arabera, «Estatu kideetan, tratamenduan kontrako ondorioak izaten dituzten ospitaleratutako pazienteen portzentajea %8 eta %12 artekoa da». Europako Kontseiluaren esparru juridikoari dagokionez, Ministroen Batzordeak pazienteen segurtasuna kudeatzeko eta osasunaren zaintzan nahi gabeko kontrako ondorioak prebenitzeko 2006ko maiatzaren 24an egindako gomendioa aipatu beharra daukagu. Gomendio horrek dio esparru juridiko bat ezarri eta pazienteen segurtasunaren gaineko intzidentzien berri emateko sistema bat garatu beharra dagoela, premisa hauek aintzat hartuta: 1) sistemak ez du zigortzailea izan behar eta ez du beste erregulazio-mekanismo batzuen mende egon behar; 2) osasuneko profesionalek segurtasun-intzidentzien berri ematea sustatu behar du (prozedurak borondatezkoa, anonimoa eta konfidentziala izan behar du); 3) pazienteek parte hartzea erraztu behar da; 4) jakinarazpena egin duten profesionalen babes juridikoa ziurtatu behar du, ikertu ez ditzaten eta ez diezaieten diziiplina-neurririk jarri.

sortzeko lege-agindu bat dago, eta sistema hori gauzatzea Kalitate Agentziari dagokio.

*Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Planean*<sup>50</sup> osasun-arretan nahi gabeko ondorioak eta albo-ondorioak prebenitzeko estrategia bat diseinatu dute. Estrategia horren helburu nagusietako bat kontrako ondorioak jakinarazteko sistemak antolatzea da: «8.2 helburua: pazienteen segurtasunarekin zerikusia duten intzidentzien berri emateko sistemak diseinatzea eta ezartzea. Intzidentzien berri emateko sistemen funtsezko helburua egindako akatsen bitartez ikasiz pazienteen segurtasuna hobetzea da. Intzidentzien berri emateko sistemen helburua ez da intzidentziekin zerikusia duten osasun-langileak identifikatzea eta zigortzea, baizik eta akatsen bitartez ikastea eta akats horiek errepikatzea saihestea».

Espanian kontrako ondorioen berri emateko hainbat eredu daude. Batzuk derrigorrezkoak dira, eta sektore bakoitzak berea dauka (farmakozaintzako<sup>51</sup> eta biozaintzako<sup>52</sup> sistemak). Hedatuen dagoena osasuneko langileek borondatez erabil dezakete. Azken eredu horri dagokionez, Osasun Sistema Nazionaleko Kalitate Agentziaren arabera, «kontrako ondorioen %95 ez da dokumentatzen, hau da, ezkutuan geratzen da».<sup>53</sup>

Planteatu beharreko gai bat, beraz, kontrako ondorioak jakinarazteko eta erregistratzeko sistema nazional bat diseinatzeko aukera da. Sistema hori diseinatzeko testuinguru legal egokia eta osasuneko profesionalen konfiantza eta parte-hartzea ezinbestekoak lirateke.

---

<sup>50</sup> Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Agentzia, Madril, 2010.

<sup>51</sup> Kontrako ondorioen berri emateko ekimenak jarri dituzte martxan, batik bat sendagaien arloan, (arlotan garatu da gehien jakinarazpen-sistema). Espainiako Farmakozaintza Sistema sendagaien eta osasun-produktuen bermeari eta zentzuzko erabilerari buruzko uztailaren 26ko 29/2006 Legearen bidez sortu zen. Lege horretako 54. artikulua arabera, sistema horren helburuetako bat da «sendagaiak eta, bereziki, sendagaiak eragiten dituzten kontrako ondorioei buruzko informazioa ikuskatzeko erabilgarria den informazio guztia biltzea, lantzea eta, hala badagokio, prozesatzea». Sistema horren oinarrietako bat kontrako ondorioen berri emateko sistema orokorrean nahitaez parte hartu beharra da: «Espainiako Farmakozaintza Sistemaren osasuneko profesional guztiek parte hartu behar dute».

<sup>52</sup> Uztailaren 4ko 9/2014 Errege Lege Dekretuan giza zelula eta ehunak eman, lortu, ebaluatu, prozesatu, zaindu, gorde eta banatzeko kalitate- eta segurtasun-arauak ezarri zituzten. Dekretu horretako 35.3 artikuluan, Biozaintza Sistemari buruzko idazpuruan, honako hau dago jasoa: «zelulak eta ehunak eskuratzen edo aplikatzen dituzten zentro eta unitate guztiek eta ehun-establezimenduek kontrako ondorio edo gertakari guztien berri eman behar dute».

<sup>53</sup> Osasun Sistema Nazionalaren Kalitate Agentzia, Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos, Madril, Osasun eta Kontsumo Ministerioa, 2006, 21.

Jardunbideak alderatu ditugu eta ikusi dugu osasun-arloan kontrako ondorioen berri emateko askotariko ereduak daudela eta, beraz, eredu horiek ebaluatuz gero Espainian ezartzeko informazio garrantzitsua lor daitekeela. Eredu horiek ez dira zigortzaileak, profesionalak prestatzeko eta akatsak prebenitzeko diseinatuta daude. Jakinarazpen-sistema hori ezartzeko oztopoetako bat osasun-profesionalak kontrako ondorio horien ustezko erantzuleztat hartu ahal izatea da. Lehen esan bezala, adituek irizten diote Espainiako gaur egungo lege-esparruak ez duela sistema hori sortzea errazten, oztopo legalak jartzen dituelako (araudi prozesala, datuen babesa, sekretu profesionala, salatze eta deklaratzeko betebeharrak...).

#### **4. EGOERA AHULEAN DAUDEN PERTSONEN ARRETA**

Ahultasun-egoeran dauden pertsonen presako premiei erantzutea da azterlan honetarako jarritako helburu nagusietako bat.

Ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako erabiltzaileen eskubideak aztertzen gabiltzan honetan, adore ematen digu jakiteak eskubide hori sustatzen duten erakundeak kolektibo zehatz batzuei arreta berezia emateko ahalegina egiten ari direla, zehazki zerbitzuetarako sarbidean eta zerbitzu horietako laguntza-prozesuetan ahultasun-egoerak bizi ditzaketen kolektiboiei.

Tratamendu berezitu horrek Herriaren Defendatzaileen izateko arrazoian bertan du justifikazioa, herritar guztien eta, bereziki, herritar babesgabeenen eskubideak eta askatasunak babesteko sortutako erakundeak baitira.

Horren harian, nabarmentzekoa da ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan biztanle-multzo horretako paziente nahikoa jasotzen dituztela; ondorioz, laguntza oro har kudeatzeko giltzarriak dira eta, beraz, zeregin hori duten administrazioen interesa piztu beharko lukete.

#### 4.1. Egoera irregularrean dauden etorkinak

Sistema publikoko osasun-laguntzarako eskubidearen titulartasunaren erregimena aldatu egin dute, eta aldaketa horrek eragin handia izan du egoera irregularrean dauden etorkinen kolektiboan, Osasun Sistema Nazionalerako haien sarbidean, hain zuzen ere; aldaketa hori Osasun Sistema Nazionalaren iraunkortasuna ziurtatzeko eta sistemako prestazioaren kalitatea eta segurtasuna hobetzeko presako neurriei buruzko apirilaren 20ko 16/2012 Errege Lege Dekretuaren bitartez egin zen.<sup>54</sup>

Ondorioz, espainiar lurraldean bizitzeko baimena dutela ziurtatu ezin duten atzerritarrak sistematik kanpo geratu dira eta eskubide multzo mugatu bat baino ez dute. Azterlan hau egiteko kontsulta egindako aditu batzuk azaldu dute araudiaren aldaketa horren ondorioz Espainian bizi diren atzerritarren 873.000 txarteli baja eman dietela.<sup>55</sup> Aipatu 16/2012 Errege Lege Dekretuak moldatu egin du osasun-sistema publikoaren alor subjektiboan tradizioz sustatu den unibertsaltasun printzipioa, eta hainbat arlotan erantzuna jaso du, irizpide ekonomikoak aplikatu dituztela argudiatuta.

Autonomia erkidego batzuk konstituzio-kontrakotasuneko helegiteak aurkeztu zituzten<sup>56</sup> eta hainbat mekanismo jarri dituzte martxan, babes normatibo

---

<sup>54</sup> Orain arte, espainiarrek eta udal-eroldan izena emanda zeuden atzerritarrek berdin-berdin eskura zezaketen osasun-laguntza; hori, Osasun Sistema Nazionalaren kohesioari eta kalitateari buruzko maiatzaren 28ko 16/2003 Legeari eta Espainiako atzerritarren eskubide eta askatasunei buruzko urtarrilaren 11ko 4/2000 Lege Organikoari esker. Gaur egun, ordea, azken lege horretako 12. artikulua aldatu dutenez, hau da osasun-arloan indarrean dagoen legeria: 16/2012 Errege Lege Dekretua eta hura garatzen duen abuztuaren 3ko 1192/2012 Errege Dekretua, zeinaren bitartez Espainian funts publikoen kargura eta Osasun Sistema Nazionalaren bidez osasun-laguntza hartzeko aseguru eta onuradun izaera arautzen den. Araudi horretan aseguru-kotizatzaile lotura berrargitaratu zuten, hein batean, nahiz eta neurri zuzentzaile batzuk sartu zituzten. Halaber, estaldurarik gabe geratu dira bizitzeko baimena 2012ko apirilaren 24tik aurrera jaso duten etorkinak, salbu titulu espezifiko baten ondorioz (adibidez, norbere edo besteren konturako langile gisa alta eginda egoteagatik) aseguru edo onuradunen multzoan badaude.

<sup>55</sup> Zehazki, Munduko Medikuek *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo* txostenean jaso zuten zifra hori (2014ko apirila, 8. orrialdea), gobernu-buruak 2013ko Erreforma Programa Nazionalaren berri emateko Europako Batzordean egin zuen aurkezpenaren inguruko aipamen batean, eta zehaztu zuten zifra hori 2012ko irailaren 1etik aurkezpen-egunera arte kontabilizatu zutela. Dena den, datu horrekin ezin da zehaztu OSNren kargura osasun-laguntza jasotzeko eskubiderik ez duten zenbat atzerritar dauden, baja asko, beharbada, interesdunak Espainiatik kanpo joan direlako egin dituztelako. Ez da zehazten, halaber, haien jatorrizko herrialdeko asegururen bat duten Europar Batasuneko zenbat herritar dauden. Orobat, datu horrek ez ditu barne hartzen estatura 2012ko apirilaren 24aren ondoren etorri diren eta, ondorioz, eskubide hori ez duten pertsonak.

<sup>56</sup> Andaluziako, Asturiasko, Kanarietako, Kataluniako, Nafarroako eta Euskal Herriko autonomia-erkidegoek konstituzio-kontrakotasun helegiteak jarri zituzten apirilaren 20ko 16/2012 Errege

desberdinekin, estatuko araudian antzemandako ondorio kaltegarriei aurre egite aldera. Gaur egun heterogeneotasuna da nagusi: autonomia-erkidego batzuk erreforma zorrotz aplikatzen dute, eta gehienek egoera irregularrean dauden pertsonen osasun-laguntza emateko prozedurak ezarri dituzte, batzuk beste batzuk baino helmen handiagokoak.

Prozedura horiek martxan jarri dituztenen multzoan, batzuk eskuragarritasun eskubidea erabat aintzatesten dute, eta beste batzuk programa bereziak dauzkate, non baldintza batzuk jartzen dituzten (normalean aurrez aldi zehatz batean errolatuta egotea) eta txartel edo egiaztagiriren bat ematen duten.<sup>57</sup> Batzuk garapen-arauei bitartez saiatu dira neurri horiek ezartzen, eta beste batzuk barne-protokolo edo -jarraibideak baino ez dituzte egin.<sup>58</sup> Gainerako autonomia-erkidego gehienek salbuespenak jarri dituzte: buruko gaixotasunak edo gaixotasun kronikoak dituztenen edo osasun publikoa arriskuan jar dezaketen egoeren tratamendua.<sup>59</sup>

Aipatu 16/2012 Errege Lege Dekretuaren arabera, egoera irregularrean dauden atzerritarrak modalitate hauetan jaso dezakete osasun-laguntza: gaixotasun larri edo istripuren batek eragindako larrialdia, arrazoia dena delakoa ere,

---

Lege Dekretuko agindu batzuen aurka. Oro har, Auzitegi Konstituzionalaren aurreko planteamenduak hainbat argudio dauzka, baina, funtsean, honako hauek jarri dira zalantzan: batetik, erabilitako formula juridikorako behar den «aparteko eta presako premiaren» aldibereotasuna; bestetik, autonomia-erkidegoen eskumeneren behin-behineko urratzea; eta azkenik, Osasuna babesteko eskubidearen osaera bera. Izan ere, eskubide hori da hizpide dugun gaiaren muina, bizileku-baimenik gabeko atzerritarrak baztertzeko neurria ez baitator bat aplikatu behar diren agindu konstituzionalez Espainiak sinatutako nazioarteko hitzarmenen arabera egindako interpretazioarekin.

<sup>57</sup> Andaluzian eta Asturiasen, egoera irregularrean dauden etorkinei gainerako biztanleen osasun-laguntza berbera emateko prozedurak ezarri dituzte. Aragoi, Kanarietan, Kantabrian, Katalunian, Valentzian, Extremaduran eta Galizian kolektibo horrentzako programa bereziak sustatu dituzte.

<sup>58</sup> Estatuko Gobernuak Eusko Jaurlaritzaren ekainaren 26ko 114/2012 Dekretuaren kontrako helegitea aurkeztu zuen Auzitegi Konstituzionalean; Dekretu hori Euskal Autonomia Erkidegoaren eremuan Osasun Sistema Nazionalaren osasun-prestazioak emateko araubideari buruzkoa da. Gobernuak, zehazki, dekretuko artikuluko gehienak aplikatzeari uztea eskatu zuen, eta Auzitegiko batzarrak helegitea partzialki kendu zuen. Eusko Jaurlaritzak, 2013ko uztailaren 4ko Aginduaren bitartez, aseguratutako edo onuradun ez direnei osasun-laguntza jasotzeko eskubidea aintzatesteko prozedura arautu zuen; eta Estatuko Gobernuak, berriz ere, agindu horren kontrako helegitea jarri zuen. Euskal Autonomia Erkidegoko Auzitegi Nagusiak, ordea, eten egin ditu helegitearen izapideak, eta, beraz, agindua indarrean dago, eta hala egongo da estatuaren eta autonomia-erkidegoaren arteko eskumen-tirabirak konpondu bitartean.

Orobat, gobernu-buruak Nafarroako otsailaren 25eko 8/2013 Foru Legearen aurkako konstituzio-contrakosuneko helegitea jarri zuen; lege horrek Nafarroan bizi direnei osasun-sistema publikoaren doako osasun-laguntza eskuratzeko eskubidea aitortzen die. Gauzak horrela, legea bertan behera uzteko agindua eman dute, helegitea bideratzen den arte.

<sup>59</sup> Kasuen arabera, Gaztela eta Leon, Madril, Balear uharteak eta Murtzia.

medikuaren alta jaso arte; haurdunaldiko, erditzeko eta erditu ondorengo laguntza; eta hemezortzi urtetik beherakoentzat, espainiarren estaldura berbera. Laguntza-zentroen eguneroko jarduna arauak ezarritakoaren aldean oso desberdina da, eta pertsona horien presako osasun-arretaren azpian dauden arazoak azaleratzen ditu; gogoan hartu behar dugu pertsona horiek, printzipioz, arreta oztoporik gabe eta doan jaso behar dutela larrialdietan.

Gobernuz kanpoko elkarte eta erakunde batzuk Herriaren Defendatzaileei helarazi diete bizileku-baimenik ez duten etorkinen presako osasun-laguntzarako sarbidean irregulartasunak gertatzen direla, eta interesdunek eta gizarte-erakundeek ahalegin handiak egin behar izaten dituztela haien osasun-arazoentzako konponbideak aurkitzeko dauzkaten zailtasunei aurre egiteko.<sup>60</sup>

Ikuspegi orokorretik, bi arazok eragozten dute arlo horretan agindu legalak eraginkorki betetzea: 1) maiz, presako osasun-laguntza eman aurretik ordainketa-konpromiso bat sinarazten diete eta fakturak igortzen dituzte, gastuen likidazioekin; 2) laguntzaren jarraipena hautsi egiten da.

#### **4.1.1. Presako laguntza ordaintzeko konpromisoa eta laguntza horren fakturazioa**

Azterlan hau prestatzeko lehenbiziko saioan parte hartu zuten erakundeen ordezkariak azpimarratu zuten ospitale-zentroetan presako osasun-laguntza jasotzeko eragozpen administratiboak zeudela.

Askotan, pazienteei laguntza ordainduko dutela hitzemateko dokumentuak sinarazten dizkiete, larrialdi-mailaren arabera sailkatu aurretik, gainera, alegia etorkinak harrera-zerbitzura heltzen direnean eta datuak eskatzen dizkietenean.

Prozedura hori bulego administratiboetan egiten da, osasuneko profesionalek esku hartu aurretik; osasuneko profesionalek kolektibo horretako jendea berdin tratatzen dute eta gehienetan ez dute jakiten zein den haien egoera administratiboa.

---

<sup>60</sup> *Informe sobre el impacto de la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012 en personas con cáncer, extranjeras en situación irregular*, Minbiziaren Kontrako Espainiako Elkarte (AECC), 2014ko uztaila. *Informe de vulneraciones del derecho a la salud en atención de urgencias a personas inmigrantes sin tarjeta sanitaria*, Munduko Medikuek, 2014. *El impacto de la reforma sanitaria*, Cáritas, 2014.

Txartela erabiltzaileen eskubideen apriorizko adierazlea da, eta txartela ez edukitzea nahikoa izaten da ordainketa-konpromisoa kudeatzeko edo gastuen faktura egiteko, emango den laguntzaren ordaina jasoko dela ziurtatze aldera. Arazo nagusia eskubidea ziurtatzen duten baldintzak betetzen dituztela egiaztatzea da. Izan ere, erabiltzaileen egoera administratiboa haren fede eman dezakeen organo eskudunarekin harremanetan jarrita ziurtatzea oso konplexua da eta, gainera, pazienteari mesede baino kalte gehiago egin diezaioke, agintarien begien bistan geratzen delako haren egoera irregularra dela.

Horrelako kasuetan, etorkinei egoera negatibo bat egiaztatzea eskatzen diete, alegia Espainian egoera irregularrean daudela. Arauak gai horretan ez du zalantzarik egiten: egoera irregularrean dauden etorkinek presako osasun-arreta jasotzeko eskubidea dute. Beraz, jarduera administratiboa desberdin antolatu beharko litzateke, eskubide hori betetzeko eragozpenik ez jartzeko. Konponbide posible bat litzateke ospitaleko gizarte-zerbitzuen bitartez pazientearen senide edo ahaideekin harremanetan jartzea, pazienteari arreta eman ondoren edo ematen zaion bitartean, egoera irregularrean dagoela ziurtatze aldera, osasun-administrazioko ondorioetarako bakarrik. Beste aukera bat litzateke osasun-zerbitzuek berek pertsona horien egoera zehatza eta presako osasun-arreta jasotzeko duten eskubidea ziurtatzea, osasun-txartela ez beste dokumenturekin batekin, eta dokumentu hori aurkeztuz gero ordainketa-konpromisoak eta fakturazioak ez egitea,<sup>61</sup> neurri handi batean alferrikakoak diren zama burokratikoak direlako eta osasun-sistemara jotzeko asmoa kentzen dutelako.<sup>62</sup>

Pazienteen elkarteetako eta gobernuz kanpoko erakundeetako ordezkariekin egindako saioan adierazi zuten kolektibo horretako jendeak (bereziki bat-batean egoera irregularrean geratu direnak) ordainketa-konpromisoa sinatu beharraren edo laguntza fakturatuko dietenaren beldur direla, izapide horiek izan ditzaketen ondorioengatik.<sup>63</sup> Gauzak horrela, prestazio horretatik kanpo uzten dute beren burua, nahiz eta jasotzeko eskubidea izan. Gizarte-erakundeek ohartarazi digute

---

<sup>61</sup> Egiaztatu da egindako fakturak oso gutxitan kobratzen direla, normalean ez direlako premiamendu-bidera heltzen edo ez direlako kontabilizatzeko izapidetzen.

<sup>62</sup> OMEren definizioaren arabera, pazienteak edo arreta eskatzen dutenak jabetzen dira osasun-arazoa konpontze aldera presako laguntza jasotzeko premia. Ez dugu ahaztu behar presako laguntza behar duten egoerak eta larrialdiak ez direla gauza bera, lehenbizikoan bitzita edo organoak ez daudelako arriskuan eta askotariko jatorriak eta larritasun aldakorra izan ditzaketelako.

<sup>63</sup> Espainian dauden atzeritarren eskubideei, askatasunei eta gizartertzeari buruzko urtarrilaren 11ko 4/2000 Lege Organikoko 37.1 artikuluaaren arabera, zerga-arloko eta Gizarte Segurantzako betekizunak ez betetzeak aldi baterako bizileku-baimenak berritzea eragotzi dezake.

pertsona horiek osasun-arazoren bat dutenean ospitaleko larrialdi-zerbitzuetara joateari uzten diotela, are gehiago osasun-txartela nahitaez eduki eta aurkeztu behar dela dioten kartelak eta abar ikusi ondoren.

#### **4.1.2. Laguntzaren jarraipena ziurtatzea**

Egoera irregularrean dauden atzerritarrei presako laguntza jasotzeko premia eragin duen osasun-arazoa ospitaleko larrialdi-zerbitzuan dauden bitartean baino ez diete tratatzen, asko jota baita ospitaleratze-aldian ere, baina ez denbora luzeagoan.

Horren ondoren, pazientea lehen mailako arretako edo arreta espezializatuko beste laguntza-arlo batzuetara bideratzeko zailtasunak izaten dituzte; eta arlo horietan egin behar izaten dira segimendua, proba diagnostikoak eta behar diren tratamendu mediko, kirurgiko eta farmakologiko guztiak.

Larrialdi-egoera medikuak alta ematen duenean amaitzen da, baina, normalean, kontzeptu hori ospitaleko aktarekin nahasten dute. Lehenbizikoak osasun-egoerak hobera egin arteko edo pazientea sendatu den arteko arreta integrala hartzen du; bigarrenak, ordea, fase akutuko laguntza bakarrik, eta horrek ez du esan nahi pazienteak gero laguntza beharko ez duenik.

Egoera irregularrean dauden atzerritarren ospitaleko presako prestazioa amaitzen denean, zailtasunak izaten dituzte hitzorduak emateko eta, batzuetan, hurrengo laguntza-jarduerak ukatu egiten dizkiete. Halaber, farmakologia-prestazioa ere ezerezean gelditzen da, gero ez baitizkiete egiten larrialdietan medikuek agindutako botiken errezetak.

Elkarteen ordezkarien saioan parte hartu zutenek azpimarratu zuten osasuneko eta gizarte-laneko profesionalek pazienteen segimendua ziurtatzeko ahalegina egiten dutela, baina adierazi zuten, baita ere, laguntzaren jarraipenak ez lukeela banakoen konpromisoaren edo elkartasun-ekintzen mende egon behar da.

Egoera irregularrean dauden etorkinek presako osasun-arreta jasotzeko duten eskubidea mugatu egiten denez eta arreta horren helmena ez denez egoki interpretatzen, prozesu kronikoak dituztenek eta diagnostikoa eta tratamendua



osatu behar dutenek ospitaleko larrialdi-zerbitzuetara jo behar izaten dute berriz, batzuetan.

Horren guztiaren ondorioak osasunean ere nabaritzen dituzte, arreta eta diagnostikoa atzeratu egiten direlako eta, zenbaitetan, patologiak aurrera egiten duelako eta, ondorioz, sendatzeko aukera gutxiago izaten dutelako. Egoera horretan dagoen jendeak, sintomaren bat antzematen duenean, arazoa larritzen denean baino ez du jotzen ospitaleko larrialdi-zerbitzuetara, ezinbestean.

Kontsulta egindako adituen arabera, larrialdietako osasun-arretako laguntza-estaldura mugatuz ez da dirurik aurrezten, aitzitik: epe luzera gastuak gora egiten du, sendatzeko tratamenduak aplikatu behar direlako eta tratamendu horiek, lehen mailako arretako prebentzioko eta diagnostiko goiztiarreko neurrien aldean, garestiagoak direlako.

#### **4.2 Egoera ahulean dauden pertsonei arreta ematea eta lagun egitea**

Biztanle-multzo batzuk osasun-jarduera espezifikoak behar dituzte, baita programa berezi eta lehenbiziak ere, osasun-sistemaren esparruan. Izan ere, kolektibo batzuk osasun-laguntzarako eta, bereziki, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetarako sarbidean ahultasun-egoerak bizi ditzakete.

Presako osasun-arreta behar duten osasun-arazoek ezaugarri bereziak dituztenez, arazo horiei lehenbailehen erantzun behar zaienez eta larrialdi-zerbitzuetako prozesuak konplexuak direnez, ezinbestekoa da kolektibo babesgabeen egoera nolabait konpentsatzea.

Azterlan hau prestatzeko egindako lehenbiziko saioan premia horiek zerrendatu genituen eta partaideek aditzera emandako esperientzietan argi geratu zen jardunbideak askotarikoak direla. Kolektiboen ordezkariak egindako azalpenei esker ondorioztatu genuen kolektibo gehienek eskari berberak egiten dituztela, baina beste batzuk premia bereziak dituztela.

Ezer baino lehen, paziente ahulenen identifikazio goiztiarraz eztabaidatu genuen. Saioan parte hartu zuten batzuen iritziz, paziente horiei edo haien zaintzaileei bizkor identifikatzeko bitartekoren bat eman beharko litzaieke; eta beste batzuk uste zuten historia kliniko digitaleko datuak nahikoa zirela paziente horiek

identifikatzeko. Aipatu zuten, baita ere, identifikazio-txartelekin esperientzia batzuk egin dituztela eta ez dutela, inola ere, laguntza arintzea lortu.

Ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako laguntza eskatzeko eta jasotzeko garaian egoera ahulenean dauden profilaren azterketaren inguruan bi eztabaidagai daude: batetik, zerbitzuko laguntza-prozesuak irauten duen bitartean paziente horiei senide edo ahaideek lagun egitea; eta bestetik, paziente horien laguntza lehenestea.

Pazienteei lagun egiteari dagokionez, kontsulta egindako sektore guztiek diote ezinbestekoa dela, baina baita konplikatu ere, zentroen egitura fisikoa eta neurriaren erregulazio-maila direla eta; izan ere, neurri hori gehienetan erregulatu gabe egoten da, batzuetan protokolo batean sartuta eta, beste batzuetan, ezta horrela ere.

Itxaronaldia murrizteko aukera bat izan daiteke mailakatzean eta osasun-arretan paziente horiek lehenestea. Kasu askotan komenigarria izaten da, baina neurri horiek ezartzea ere konplexua da eta, gainera, eztabaida-iturri da, paziente batzuei lehenestea ematea eskatzen duelako eta, bereizketa hori egiteko, apriorizko irizpide zorrotzak ezarri behar direlako. Kontsulta egindako aditu gehienek aburuz, ordea, bide horretan aurrera egiten jarraitzea komeni da, jardunbide egokiak orokortuz eta, behar izanez gero, kolektibo zehatz batzuentzat zona bereziak jarritz.

#### **4.2.1. Adingabeak**

Ospitaleratutako Haurren Europako Gutunak dio hurrek «ospitalean dauden bitartean gurasoekin edo haien ordezkorekin ahal adina denbora egoteko» eskubidea dutela, eta eskubide horrek ez duela «kaltetu edo eragotzi behar, inola ere, adingabeak jaso behar dituen tratamenduak aplikatzea».<sup>64</sup>

Kontsulta egindako adituek azaldu zuten lagun egite horrek mesede handia egiten diela hurrei, eta tratamendu gogorak eta proba mingarriak egiten dizkietenean komenigarria ere izan daitekeela, nahiz eta, kasu horietan,

---

<sup>64</sup> Europako Parlamentuaren A2-25/86 Ebazpena (*Europako Erkidegoen Aldizkari Ofiziala*, 1986ko maiatzak 13).

osasuneko profesional batzuk erreparatzen dituzten.<sup>65</sup> Hala eta guztiz ere, familiarekin egonez gero adingabeek estres gutxiago izaten dute eta terapiak eraginkorragoak dira, zalantzarik gabe.

Azterlan hau prestatzeko egindako hiru saioetan argi geratu zen profesionalak gai horrekin kontzientziatuta daudela, baina, zenbaitetan, azpiegitura-hutsuneei aurre egin behar izaten dietela. Ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan baino muga gehiago dituzte, ordea, pediatriako zainketa intentsiboko unitateetan, orduetgia mugatuago izaten delako eta bestelako zailtasun gehiago dauzkatelako.

Ospitaleetako ingurune fisikoak ere eragina dauka; izan ere, garrantzitsua da haurrak zona espezifikoko eta helduengandik bereizitakoetan jartzea.<sup>66</sup> Kontsulta egindako adituek adierazi zuten ospitaleen artean alde handiak daudela, daukaten mailaren arabera.

Ospitale batzuk eraikin berezi bat dute adingabeak ospitaleratzeko eta, kasu horietan, larrialdi-zerbitzua berezia edo, betiere, aparteko sarbide eta zirkuituduna izaten da. Beste batzuk, berriz, biztanle gutxiago hartzera bideratuta daudenez eta larrialdi pediatriko gutxiago izaten dituztenez (adibidez, eskualde-ospitaleek), ez dute horretarako bitarteko nahikoa. Edozein modutan, arreta berezia eskaintzea da helburua eta lortu behar da, gutxienez, ospitale guztietako larrialdi-zerbitzuetako itxarongeletan adingabeentzako zona espezifikokoak jartzea.

Horren harian, larrialdi-zerbitzuetan adingabeei arreta ematen dieten osasuneko profesionalek prestakuntza berezia eduki beharko lukete, kolektibo hori ere berezia delako. Azterlana prestatzeko saioan parte hartu zuten profesional guztiek prestakuntza hori eskatzeko interesa agertu zuten. Ez zioten iritzi pediatriko espezialitatean sartu behar zenik nahitaez, baina azpimarratu zuten larrialdietako medikuek esperientzia eta prestakuntza egokia izan behar zituztela haurrak artatzeko.

---

<sup>65</sup> Aipatu Europako Gutunak dio, baita ere, adingabeek tentsio-uneetan gurasoekin edo haien ordezkoeekin harremanetan jartzeko eskubidea dutela.

<sup>66</sup> Gai horretan Pediatriako Larrialdien Espainiako Elkartearen (SEUP) dokumentu hau hartu behar da aintzat: *Normas y estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricas y centros de instrucción en medicina de urgencias pediátricas*.

#### **4.2.2. Urritasun kognitiboa duten adinduak**

Biztanleria zahartzen ari dela datu soziodemografiko ukaezina da, eta epidemiologiaren inguruko azterlanetan egiaztatu dute neuroendekapenezko gaixotasunek intzidentzia handia dutela gaur egun, eta alzhemerrarena dela adierazgarriena.<sup>67</sup>

Oroimen-nahasteak, eguneroko jarduerak gauzatzeko mugak, desorientazioa eta jarrera-nahasteak (urduritasuna, agresibitatea eta abar) direla eta, osasun-ingurunean paziente horiek tratatzea zailagoa da.

Kontsulta egindako adituen iritziz, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan kolektibo horiei lagun egitea ezinbestekoa da, adingabeekin gertatzen den bezala, gaixotasunaren fase batzuetan komunikatzea zaila eta, zenbaitetan, ezinezkoa izan daitekeelako; horregatik, solaskide bat izatea nahitaezkoa da. Profesionalek gaixotasun horien gainean prestakuntza gehiago jaso beharko luketela eta multzo horretako pazienteak hartzeko eta tratatzeko trebatu beharko liriatekeela ere adierazi dute.

Helburua litzateke adinduak interbentzionismoaren eta laguntza-prestazio horien ebazpen-maila handiaren biktima ez izatea, eta sintomak tratatze aldera neurritz kanpoko tratamendurik ez jasotzea. Presako arreta jasotzeko premia eragin duen egoerak neurri zehatz batzuk hartzea justifika dezake (neuroleptikoak ematea, zunda nasogastrikoa jartzea eta abar), baina larrialdietako jardueratik haragoko segimendurik egiten ez bada, gerta daiteke botika gehiegi eta neurri gabe ematea. Arrisku horiek direla eta, komeni da ospitaleko larrialdi-zerbitzuak eta gainerako laguntza-mailak koordinatzeko mekanismoak hobetzea, era horretako egoerak zuzendu ahal izateko. Alde horretatik, paziente horiek bizi diren egoitzak ere koordinatu behar dira, maiz beren osasuneko profesionalak izaten dituztelako.

#### **4.2.3. Buruko gaixotasunak dituzten pertsonak**

---

<sup>67</sup> 2007an 400.000 lagunek zuten Alzheimerren gaixotasuna; hori, IMSERSO erakundearen txosten honen arabera: *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer* (Documentos bilduma, 21011, 19). Gizarte- eta familia-ikuspegia aintzat hartuta, CEFA erakundeko K. Aulestia Urrutiak esan zuen gaixotasunak 1,5 milioi laguni eragiten diela zuzenean («El Alzheimer en España», *Enlace en Red*, 25, 2013ko abendua, 24 eta hurrengoak).

Buruko gaixotasunak dituzten pertsonen sintoma akutuek eta borondatezko ospitaleratzeek proban jartzen dute ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako laguntzaren erantzuna. Izan ere, egoera horien aurrean eman beharreko erantzuna konplexua da, agente askok esku hartu behar izaten dutelako (senideek, larrialdietako eta buruko osasunaren arretarako profesionalek, segurtasun- indarrek, zuzenbide-arloko langileek eta abarrek) eta, ondorioz, paziente horien eskubideak urratzeko arriskua sortzen delako.<sup>68</sup>

Paziente batzuk Segurtasun Indar eta Kidegoko langileek eramaten dituzte, dagozkien bitartekoekin (sirenak, uniformeak, eskuburdinak, segurtasun-lazoak...), eta horrek estigmatizazioa areagotu eta haien egoera kaltetu egiten du. Laguntza-prozesuan edo ospitaleratzea gauzatzen denean sor daitezkeen zailtasunak arintze aldera, sektore horri laguntzen lan egiten duten elkarteez eskatzen dute Segurtasun Indar eta Kidegoko langileen ordeztu, gaixoa ospitale-barrutian sartzen denean, behintzat, buruko gaixotasunen arretan bereziki prestatutako eta negoziazio- eta geldiarazte-abilezietan trebatutako pertsonak jartzea, pazientearekin komunikatzea errazagoa izan dadin; eta pazientearekin komunikatzea ezinezkoa bada, erreferentziazko medikuarekin.

Laguntzaile horri esker, gainera, euskailu mekanikoak gutxiagotan erabili beharko liriateke; izan ere, salatu dute euskailuak denbora askoan eraman behar izaten dituztela, arrazoirik gabe.

Horrez gain, profesionalek buruko gaixotasunen eta gaixotasun horiek dauzkaten arretaren inguruko prestakuntza jasoko balute, errazago artatuko lituzkete gaixotasun horiekin zerikusia ez duten arrazoiengatik larrialdi-zerbitzuetara joaten direnean eta, gainera, ez lituzkete buruko gaixotasunean soilik oinarritutako apriorizko diagnostikoak egingo, gaixotasun horiek, zenbaitetan, beste osasun-arazo batzuk uzten baitituzte ezkutuan.

#### **4.2.4. *Desgaitasunak dituzten pertsonak***

---

<sup>68</sup> Eskubide Zibil eta Politikoei buruzko 1966ko Nazioarteko Ituneko 9.1 artikuluan askatasun eta segurtasun pertsonalerako eskubidea dago aintzatetsia eta, beraz, legez ziurtatu behar da. NBEko Giza Eskubideen Batzordeak eskubide horren helmena interpretatu du, eta erabaki du askatasuna kendu edo galtzen den kasu guztietan aplikatu behar dela, baita buruko gaixotasunen kasuan ere.

Desgaitasunak dituzten Pertsonen Eskubideen gaineko Nazio Batuen Hitzarmenaren printzipio nagusietako bat eskuragarritasuna da. Hala, desgaitasunak dituzten pertsonen zerbitzu medikoak eskura eduki behar dituzte eta ahalik eta osasun-maila handienaz gozatzeko eskubidea dute, desgaitasunak izateagatik diskriminatu gabe.<sup>69</sup> Hitzarmenaren Segimendu Batzordeak, Espainian aurkeztutako lehen txostenaren amaierako oharretan, besteak beste osasun-arloan arau aldetik aurrerapausoak eman direla eta neurri egokiak hartu direla aitortu ondoren, abenduaren 2ko 51/2003 Legean jasotako eskuragarritasun unibertsalari buruzko helburuak nabarmentzen ditu; Lege hori desgaitasunak dituzten pertsonen aukera-berdintasunari, diskriminazio ezari eta eskuragarritasun unibertsalari buruzkoa da, eta beste lege baten testu bateginean sartuta dago orain, desgaitasunak dituzten pertsonen eskubideei eta gizarteratzeari buruzko Lege Orokorrean, hain zuzen ere.<sup>70</sup>

Azterlan hau egin aurreko lan-saioetan parte hartu duten desgaitasunak dituzten pertsonen ordezkariak araudi-esparru horri heldu diote kolektiboaren ospitaleko larrialdi-zerbitzuen eskuragarritasuna oztopatzen duten arazoak aipatzerakoan.

Arazo horietako batzuk sortzen dira pazienteek, batik bat zentzumen-desgaitasunak dituztenek, komunikatzeko dauzkaten mugak gainditzeko bitartekorik ez dagoelako.

Zehazki, gorrekin elkar ulertze aldera zeinu-mintzairako interpreteek esku har dezaten, elkarrekin hitzarmenak sinatzen dituzte, baina herri txikietan eta landa-eremuetan ezin da interpreteen eskuragarritasuna ziurtatu.

Desgaitasunak dituzten pertsonak ordezkatzeko dituzten erakundeek diote, baita ere, ez dagoela braillez idatzitako seinale eta argibide nahikoa eta zentro berrietako ospitale-zerbitzuetako altzariak eta eremuak ez dituztela moldatzen eta, ondorioz, ikusmen-desgaitasuna duten pertsonen autonomia mugatzen dutela eta zerbitzu horiek eskuratzeko laguntza behar dutela, nahitaez. Ospitale berrietan era horretako gabeziek ez dute justifikaziorik, indarrean dagoen eskuragarritasunari buruzko araudia aintzat hartuz gero.

---

<sup>69</sup> Nazio Batuen Batzar Nagusiak onartu zuen 2006ko abenduaren 13an, eta 2008ko maiatzaren 3an sartu zuten Espainiako ordenamendu juridikoan.

<sup>70</sup> Desgaitasunak dituzten Pertsonen Eskubideei buruzko Batzordea, seigarren bilera-saioa, 2011ko irailaren 19tik 23ra. *Observaciones finales al informe inicial de España* (CRPD/C/ESP/CO/1).

Kontsulta egindako adituek desgaitasunak dituzten pertsonen komunikazioa bultzatzeko neurriak hartu behar direla diote, zailtasunak handiak diren arren; izan ere, komunikatu ahal izateak pazienteak ahalduntzen ditu eta haien borondatearen autonomia bultzatzen du.

Egokitutako materialik edo laguntza-bitartekorik ez izatea beste baldintzatzaile bat da, batez ere mugitzeko arazo larriak dituzten pazienteentzat.

#### **4.2.5. Gaitz kronikoak dituzten gaixoak**

Azterlan honetan dagoeneko jarri dugu agerian kolektibo horren arretak ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako lanean eragina duela. Kolektibo horren laguntzaren jarraipena ziurtatzeari dagokionez, Osasun Sistema Nazionalean laguntza-maila guztien arteko koordinazioa hobetzeko ekimenak jarri dituzte martxan, gaixo horiek bizi diren ingurunean artatu ahal izate aldera, ingurune hartatik ezinbestekoa denean bakarrik atera daitezzen.

*Osasun Sistema Nazionalean Gaixotasun Kronikoak Tratatzekeo Estrategian* argi eta garbi dago azalduta zer-nolako zailtasunak dauzkaten «osasun-egoera eta jarduteko muga kronikoak dituzten pertsonak», batik bat «askotariko patologiak, komorbilitatea eta egoera bereziki konplexuak» badituzte. Izan ere, sistema ez dago haien premiei erantzuteko egokitua eta prozesu akutuen sendabideei ematen zaie lehentasuna, prebentzioaren eta zaintzaren gainetik.<sup>71</sup>

Azterlan hau egiteko kontsulta egindako sektore guztiek diote gaixo horiek ospitaleko larrialdi-zerbitzuetara jotzea ez dela, maiz, beharrezkoa izaten, haien prozesuak laguntza-maila hurbil eta eskuragarriagoetan konpondu daitezkeelako. Eta larrialdi-zerbitzuetara hainbestetan jotzen dute, hain zuzen ere, lehen mailako arretan ez dutelako laguntzarako bitarteko egokirik izaten.

Paziente mota horiek aurrez identifikatu eta premia-maila ebaluatuz gero, egoera beste era batera tratatu daiteke, diziplina anitzeko taldeekin, etxeko arretarekin eta osasun- eta gizarte-agenteak hobetu koordinatuz.

---

<sup>71</sup> Osasun Sistema Nazionaleko Lurralde-arteko Kontseiluak onartu zuen 2012ko ekainaren 27an.

### **4.3. Arrisku- edo gatazka-egoeran daudenaren zantzuak dituzten pertsonen arreta**

#### **4.3.1. *Tratu txarrak antzematea***

Ospitaleko larrialdi-zerbitzuak behatoki ezin hobeak dira hainbat kolektibori eragin diezaieketen arrisku edo tratu txar egoerak antzemateko.

Zerbitzu horietan arreta ematen dutenean, egoera horien aztarnak aurki ditzakete, baita probak ere, eta horiei erantzun egokia eman behar zaie, pazienteen osasun-egoera ziurtatzeaz gain, kasu horietan esku hartu behar duten erakundeen arteko elkarlan-mekanismoak aktibatuz; behar izanez gero, instantzia judizialetara ere jo daiteke, zuzenean.

Tratu txarrei dagokienez, tipologia askotarikoa da, baita tratu txar horiek jasotzen dituzten pertsonen profila ere; dena den, eztabaidaren ardatzak adingabeak, adinduak eta genero-indarkeriaren biktima diren emakumeak izan dira.

Azterlan hau prestatzeko egindako saioetan parte hartu dutenek adierazi dute tratu txarrak edo genero-indarkeria goiz antzemateko eta jakinarazteko protokolo eta tresnak badaudela, oro har.

Tratu txarrei eta genero-indarkeriari buruzko dokumentuetan definizioak, balorazio-gidak eta gomendioak daude, eta prozesu horietan erantzukizunen bat duten agenteek, batik bat osasun-arlokoek, nola esku hartu behar duten ere jaso dute; alde horretatik, larrialdi-zerbitzuetarako *modus operandia* ere zehaztu dute.<sup>72</sup>

Azterlan hau prestatzeko bigarren saioan parte hartu zuten profesionalek nabarmendu zuten tratu txarrak antzematea konplexua dela, zerbitzu horietan eskaintzen den laguntzaren ezaugarriak direla eta. Gainera, tratu txarren aurrean egoki jokatzeko eta emaitzen berri ematea ere konplexua da, tratu txarrak

---

<sup>72</sup> Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioak genero-indarkeria kasuetarako egindako osasun-jarduerako protokoloak dio larrialdi-zerbitzuetara jotzen duten emakumeen lesio eta sintomak maiz larriagoak izaten direla, eta, tratu txarren seinale izan daitezkeen zantzu eta sintomen aurrean adi egon beharra dagoela adierazi ondoren, arlo hauetako printzipioak ezartzen ditu: laguntza-jarduera, segurtasunaren balorazioa, informazioa, bideratze instituzionala eta jarduera legala (63. liburukia eta hurrengoak).



ematen dituena bertan egon daitekeelako: zenbaitetan, biktima nola dagoen jakin nahi izaten dute eta biktimari lagun egin nahi diote.

Horren harian, planteatu zuten lehen mailako arretakoei larrialdietan egindakoaren berri ematea, susmoak ikertzen jarraitzeko edo zaintzari eusten zaiola ziurtatzeko.

Jarduerak koordinatzeko ezinbestekoa da gizarte-laneko unitateek esku hartzea, baita ospitalekoek ere. Alde horretatik, ordea, arazoak daude, ospitaleko profesionalen ordutegia ez datorrelako ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako etengabeko funtzionamenduarekin bat.

Osasuneko profesionalak arrisku-egoerak eta tratu txarrak antzemateko eta tratatzeko funtsezkoak dira, eta horrek agerian jartzen du, berriz ere, prestakuntza behar dutela. Hori dela eta, esku hartzeko protokoloetako etengabeko prestakuntza-planetan beti sartzen dira eduki horiek.<sup>73</sup>

Egoera oso larria denean, gerta daiteke laguntza eskatu dutenak lehenetsi eta tratu berezia eman behar izatea,<sup>74</sup> edo ahal den neurrian leku berezietan jartzea, biktimak (batik bat sexu-erasoenak) itxarongeletako eta laguntza-zirkuituko beste leku batzuetako pazienteen eta jendearen aurrean egon ez daitezen, iraingarria izan daitekeelako.

#### **4.3.2. Gizarte-arriskuko egoerak**

Ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan jar daiteke agerian, lehenbizikoz, pertsona batzuen gizarte-arriskua. Probabilitatea nahiko handia denez, kontsulta egindako adituek nabarmendu zuten alerta edo «zentinela kasu» sistema bat ezartzea komeni dela, lehen mailako arretan eta gizarte-zerbitzuetan, erreakziona dezaten eta laguntzari eta ikerketa-jarduerei euts diezaieten.

---

<sup>73</sup> Haurtzaroaren Behatokiak haurren familia barruko tratu txarren kontra esku hartzeko oinarritzko protokoloa onartu zuen 2014ko ekainean. Protokolo horretan, osasun-zerbitzuetan tratu txarrak antzemateko eta diagnostikatzeko zereginak behar bezala betetze aldera, honako hau dago ezarria: «administrazio publikoek osasuneko langileentzako sentsibilizazio- eta prestakuntza-programak egin behar dituzte, tratu txarrak jasotzen dituzten haur eta nerabeen diagnostiko goiztiarra eta laguntza hobetzeko» (22. orrialdea).

<sup>74</sup> Tratu txarrak jasotzen dituzten haur eta nerabeek lehentasunezko eta presako osasun-arreta jaso behar dute, kasu bakoitzaren arabera (haurren familia barruko tratu txarren kontra esku hartzeko oinarritzko protokolo 6.2.2.3 atala).

Kolektibo asko egon daitezke gizarte-arriskuko egoeran, eta haien bereizgarriez hitz egin dugu kapitulu honetan. Etixerik gabeko pertsonen errealitatea, ordea, paradigmaticoa da: familia-loturarik eta gizarte- edo lan-harremanik ez izateaz gain, gaixotzeko joera berezia dute, daukaten bizimoduagatik.

Azterlan honetarako kontsulta egindako adituek diote kolektibo hori gero eta ugariagoa dela ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan eta, zenbaitetan, aterpe bila baino ez direla joaten.

Hori, ordea, laguntzaren ikuspegitik oso arriskutsua da: gizarte-problematika izaten da ardatza eta osasun-jarduerari gailentzen zaio, larrialdi-zerbitzuetara jotzeko osasun-arrazoiak alboratzeraino; eta osasun-premiak alde batera uzteak ondorio larriak izan ditzake.

Adituek iritzi diote arlo horretan protokolarizazio-maila txikiagoa dela. Dena den, egoera zertan den ikusita, protokolo horiek ezinbestekoak dirudite eta zeregin bikoitza bete behar dute. Batetik, paziente horiei ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan eman behar zaien laguntza diseinatu behar da, gizarte-egoerek, gaixotasun batzuk errazago garatzea eragin dezaketenez, arreta zorrotzagoa jasotzea bidezko bihur dezaten. Eta bestetik, protokoloetan alta eman ondoren pazienteei arreta ematen zaiola ziurtatzeko mekanismoak deskribatu behar dira, kontuan hartuta normalean haien inguruneak ez duela errazten jarraibide terapeutikoak betetzea.

Kasu horietan, ospitaleko gizarte-langileen jarduera lehen mailako arretarekin eta erkidegoko gizarte-zerbitzuekin koordinatu behar da. Horregatik, pazienteek baliatu ditzaketen gizarte-baliabideen mapak garrantzi handia du.

Arazoa da ospitalea ez dela laguntzaren segimendua finkatzeko hautazko egoitza egokia eta, gainera, ez dagoela pertsona horientzako aldi baterako gizarte- edo osasun-eremu egokirik, sendatu, haien egoera aztertu eta konponbide iraunkorragoren bat aurkitu bitartean egon daitezten. Gauzak horrela, jarduera zehatz-mehatz koordinatu behar da, ospitalean alta eman ondoren bitarteko egoki bat egokitzen zaiela ziurtatzeko.

#### **4.4. Zaintzapean dauden pertsonak**

Segurtasun Indar eta Kidegoen zaintzapean dauden pertsonen presako osasun-arreta ematerakoan hainbat bereizgarri hartu behar dira kontuan.

Tradizioz, pertsona horiek lotura-harreman berezia dute eta Administrazioak gainerako herritarrak baino menperago dauzka; ondorioz, gerta daiteke funtsezko eskubideak mugatzea.

Pertsona horiek larrialdi-zerbitzuetara paziente gisa joaten direnean, zerbitzu horietako funtzionamendua alda dezakete. Era horretako pazienteak eta, haiekin batera, poliziak agertze hutsak disfuntzioa sortzen du eta profesionalak eta gainerako pazienteak urduritu ditzake; poliziek, gainera, zenbaitetan denbora luzean lagun egin behar izaten diete, itzarote-geletan eta behaketa-eremuetan. Pazienteei dagokienez, zaintzapean egon beharrak zer egoeran dauden agerian jartzen du eta intimitaterako duten eskubideari eragiten dio.

Azterlan honen aurreko lan-saioetan parte hartu zutenek iritzi zioten era horretako kalterik ez sortzeko larrialdi-zerbitzuetan eremu bereziak jartzea komeni zela.

Pazientearen egoeraren (arriskugarritasunaren), medikuaren iritziaren eta poliziaren elkarlan-mailaren arabera, hainbat aukera daude: pertsona horien arretari lehentasuna ematea, zaintzaileak kontsultako atean geratzea (atea erdi itxita utzita edo irteteko ate bakarra duten gelak baliatuta) edo zaintzaileak pazienteari arreta ematen zaien leku berean egotea, segurtasun-neurri gehigarriak hartuz edo hartu gabe.

Ospitaleko larrialdi-zerbitzuan arreta ematez amaitu ondoren egiten den altaxostena nori ematen zaion ere erabakigarria da era horretako pazienteen eskubideei dagokienez; dena den, berriz ere, askotariko jardunbideak daude. Azterlana prestatzeko saioetako partaideek azaldu zuten gai hori ez dagoela bateratua eta profesionalen jarduera bideratzeko protokoloak egin beharko lirakekeela.

Batzuetan, txosten hori pazienteari ematen zaio zuzenean, eta beste batzuetan pazienteak zaintzen duten polizia, gutun-azal itxian edo irekian.<sup>75</sup>

Pazienteen intimitaterako eskubideaz harago, gai hori oso garrantzitsua da presako osasun-arreta ez denean gaixotasun arrunt baten ondorioz gertatzen, tratatu txarren ondorioz baizik. Alde horretatik, zentzuzkoena da zaintzaileei polizia-praxia desegokia izan denaren frogaren bat daukan dokumenturik ez ematea eta, horrez gain, lesioen parte agintari judizialei helaraztea.

## **5. KALITATEA ZERBITZUAREN BETEKIZUN ETA BERME GISA**

Gaur egun, erakundeek zerbitzuen prestazioaren kalitatea sustatzeko mekanismo, tresna eta prozedurak jartzen dituzte martxan. Baita osasun-zerbitzuetan ere, oro har, eta larrialdi-zerbitzuetan, bereziki.

Osasun-arloan kalitatearen definizio asko daude. Osasunaren Mundu Erakundearen arabera, «osasun-arretaren kalitatea da pazienteak osasun-arreta hobezina izan dezan zerbitzu diagnostiko eta terapeutiko egokienak jasotzen dituela ziurtatzea, kontuan hartuta pazientearen eta zerbitzu medikoaren faktore eta ezaupide guztiak, eta, eragin iatrogenikoak sortzeko arrisku txikienarekin, emaitza onena eta pazienteen ahalik eta gogobetetze handiena lortzea».<sup>76</sup>

Espainiako osasun-legerian osasun-zerbitzuen kalitatea ziurtatzeko eta hobetzeko politikak daude jasota. Osasunari buruzko apirilaren 25eko 14/1986 Lege Orokorrak honako hau dio 69. artikuluan: «emandako laguntzaren kalitatea etengabe ebaluatu behar da eta, horretarako, OSNko osasun-arloko langileen eta osasun-zerbitzuen jarduera guztien berri emango da». Artikuluan, halaber, honako hau dago zehaztua: «osasun-administrazioak laguntzaren kalitatea ebaluatzeko sistemak ezarriko ditu, osasun-sozietate zientifikoek esateko dutena entzun ondoren», eta «zentroko mediku eta gainerako tituludun profesionalek

---

<sup>75</sup> Datuak Babesteko Euskal Bulegoak, 2011ko otsailaren 2ko txostenean (CN10-029), osasun-zentroek Segurtasun Indar eta Gorputzei haiek hala eskatuta datu pertsonalak lagatzearen gaineko iritzia eman zuen.

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

zentroko laguntzaren kalitatea ebaluatzeko ardura duten organoetan parte hartu beharko dute».<sup>77</sup>

Gauzak horrela, beraz, kalitate-politikak osasun-arloan eta, bereziki, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan txertatzea legezko betekizuna da, eta baita zerbitzuak egoki funtzionatzen duenaren bermea ere.

## **5.1. Kalitatea eta profesionalen jardunbidea**

### **5.1.1. Profesionalen jardunbidea**

Auzitegi Gorenaren jurisprudentziaren arabera, osasun- edo medikuntza-jardueren harira egindako kexei dagokienez, «ez da nahikoa lesio bat edukitzea: *lex artis* (gaur egungo ezaupide zientifiko eta teknikoak oinarri hartuta gauzatu daitekeen jardunbide medikoaren) irizpidea aplikatu behar da medikuntza-jarduera egokia zein den zehazteko, kontuan hartu gabe gaixoaren osasunean edo bizitzan zer eragin izan duen, zientziak eta administrazioak ezin baitute ziurtatu, beti, pazientearen osasuna».<sup>78</sup>

Ospitaleko larrialdi-zerbitzuetako profesionalen jardunbidea eta, funtsean, emandako arreta baloratzeko parametro ugari eta era askotakoak daude: prozesuetan gida klinikoak ezartzea eta aplikatzea eta dagozkien batzorde klinikoek prozesu horiek ziurtatzea, proba diagnostiko nahikoa egitea, ospitaleratzeko zain dauden pazienteei kalitatezko arreta ematea, kontrako ondorioak antzematea eta haiei erantzutea, pazienteak larrialdi-zerbitzuetara heltzen direnetik alta jasotzen duten arte igarotzen den denbora, mediku espezialistei barne-kontsulta egiten zaienean gainerako mailekin lana egoki koordinatzea, pazienteak beste leku batzuetara bideratzen direnean laguntzari eutsiko zaiola ziurtatzea, lehen mailako eta beste espezialitate batzuetako

---

<sup>77</sup> Osasun Sistema Nazionalaren kohesioari eta kalitateari buruzko maiatzaren 28ko 16/2003 Legea herritarrei kalitatezko osasun-zerbitzu bat eskaintzeko helburuaren inguruan dago egituratua. Lege horrek dio, halaber, aldian-aldian kalitate-planak egin behar direla; osasun-zentro eta -zerbitzuetan aldizka kanpo-ikuskaritzak egitea sustatu behar dela, zerbitzu horietan segurtasuna eta kalitatea ziurtatze aldera; eta sistema etengabe analizatu beharra dagoela, autonomia-erkidegoetako osasun-zerbitzuen azterlan konparatiboak eginez, gai hauen ingurukoak, hain zuzen ere: antolamendua, zerbitzuen horniketa, osasunaren kudeaketa eta emaitzak.

<sup>78</sup> Ikusi Auzitegi Gorenaren 2011ko uztailaren 20ko epaia (3. epaimahaia, IV. atala), bigarren oinarri juridikoa.

zerbitzuetan arreta emandako pazienteei buruzko informazio klinikoa eskuratu ahal izatea, eta abar.

Alderdi horiek guztiek lotura estua duten arren, profesionalen jardunbidearen elementu batzuk aipatzea dagokigu orain, larrialdien alorrean garrantzi berezia dutelako. Halaber, paziente, profesional eta kudeatzaileek azterlan hau prestatzeko saioretan elementu horien gainean emandako iritzien inguruan egindako hausnarketa nagusien berri emango dugu.

Ospitale gehienetan, profesionalak eskura dituzten baliabideekin pazienteen diagnostikoak egin ditzakete, baina larrialdi-zerbitzuetako jarduera ez da finalista: joera da arriskuak ebaluatzea eta pazienteen osasun-arazoen agerpenak edo sintomak konpontzea, ez hainbeste diagnostiko zehatza egitea, hori beste laguntza-maila batzuei baitagokie.

Gerta daiteke larrialdietako osasun-arretaren ikuspegi hori, esan bezala, pazienteen iguripenekin bat ez etortzea. Izan ere, pazienteak, maiz, bizkor artatuko dituztenaren eta, gainera, diagnostiko zehatza egin eta, behar izanez gero, tratamendua emango dietenaren uste osoarekin joaten dira larrialdi-zerbitzuetara. Zenbaitetan, uste hori dute beste laguntza-maila batzuetan (lehen mailako arretako medikuek edo mediku espezialistek, adibidez) kontsultarako edo proba diagnostikoak egiteko hitzorduak berandu emango dizkietela ikusita, larrialdi-zerbitzuetara joatea aholkatzen dietelako.

Larrialdi-zerbitzuen orientazio horri eta iguripenak ez betetzeak eragin dezakeen frustrazioari dagokionez, egokiena da pazienteak ahalduntzea eta prestatzea, bereizi dezaten noiz joan behar duten larrialdi-zerbitzuetara eta noiz ez, daukaten gaitzaren arabera. Lan horretan, osasun-sistemako profesionalen zeregina erabakigarria da, pazienteen portzentaje handi bat larrialdi-zerbitzuetara bere kasa joaten den arren, beste asko profesionalak aholkatu dietelako joaten baitira. Horren harian azpimarratu dute ez dela komeni larrialdi-zerbitzuak osasun-sistemak oro har dauzkan arazoen «ihesbide» bihurtzea. Ez da zerbitzu horien inguruan «dena berehala lortzeko» kultura sortu behar, horrek pazienteei frustrazioa eragiten dielako eta, batez ere, herritarrei ematen zaien arretaren kalitateari kalte egiten dielako.

Larrialdietako osasun-arretaren ikuspegi horri dagokionez, eta paziente ahulen kolektibo zehatz batzuen, zehazki urritasun kognitiboa duten adinduen kolektiboaren gainean esan bezala, zenbaitetan sintomatologia neurri gabe

tratatzen da, sintoma horiek zerk sortzen dituen nahikoa aztertu gabe, eta horrek pazienteak larrialdi-zerbitzuetara behin eta berriz jo beharra (sarriegi joatea) eragin dezake. Jarduteko modu horrek, aipatu kolektiboan, bereziki, batzuetan eragin kaltegarriak dauzka, diagnostiko gehiegi egitea eta botika ugari ematea, alegia. Eragin kaltegarri horiek, gainera, luzatu egin daitezke, larrialdi-zerbitzuetan agindutakoa gero ez delako egoki kontrolatzen eta berrikusten. Ez da larrialdi-zerbitzuen arazoa bakarrik, pertsona horiei arreta emateko sistemarena oro har baizik, baina larrialdi-zerbitzuetako profesionalak ere aintzat hartu behar dute.

Alde horretatik, laguntza-mailak hobeto koordinatuz gero, osasun-sistemaren funtzionamendua optimizatzeaz gain, aipatu eragin disfuntzionalak arinduko lirateke. Arazo hori nabarmenagoa eta larriagoa da, gainera, arreta espezializatua hitzartutako zerbitzuen bitartez ematen denean (drogazaleei arreta ematen dieten anbulatorioen sarean, esate batera); izan ere, larrialdietako profesionalak zailtasunak izaten dituzte arreta espezializatu horretan egindako balorazioen berri jakiteko eta aldi baterako agindutako tratamenduen gainean erabakiak hartzeko.

Informazio kliniko garrantzitsua errazago eskuratzeko moduak antolatzeaz gain (gai hori azterlan honetan landu dugu, beste atal batean), ezinbestekoa da koordinazio-tekniketan *sensu stricto* sakontzea, larrialdietako, lehen mailako arretako (etengabeko arretako guneak barne) eta arreta espezializatuko zerbitzu eta profesionalen arteko harremana handituz. Hala, formula egokien bitartez, arlo horietako profesionalak aldizka elkartu daitezke, pazienteak larrialdi-zerbitzuetara bideratzeko modua eta larrialdietako arreta hobeto antolatzeko irizpideak ezartze aldera.

Azterlan hau prestatzeko saioetako partaideek eman dituzten azalpenen arabera, larrialdi zerbitzuetan, oro har, medikuen irizpideari jarraikiz egiten dira proba diagnostikoak; gainerako instantziek ez dute haien jarduna mugatzen edo agintzen, eta beti irizpide klinikoak erabiltzen dira. Gaur egungo krisi ekonomikoa dela eta, proba diagnostikoak ez egitea ezkutuko murrizketa bat dela iruditzen zaie paziente batzuei, profesionalen iritzi eta balorazioak ez dituztela horretarako kontuan hartzen; dena den, uste hori ezin izan dugu azterlan hau prestatzeko prozesuan modu objektiboan aztertu.

Hori horrela izanik ere, adierazpen batzuen arabera, gertatzen da proba diagnostiko zehatz batzuk egiteko mugak izatea edo proba horiek ez egin ahal izatea, behar den ekipamendua aldi baterako erabiltzeko moduan ez dagoelako.

### **5.1.2. Larrialdi-zerbitzuen kalitatea eta akreditazioa**

Kalitate kontzeptua faktore estrategikoa da osasun-sistemak optimizatzeko.<sup>79</sup> Osasun-arloan kalitatea aztertzeo elkarlana ezinbestekoa da, termino horrek esanahi desberdinak baitaizka paziente, profesional eta kudeatzaileentzat. Pixkana kalitatea kudeatzeko sistema formalak txertatzen ari dira, besteak beste: ISO-9000 arauen araberako ziurtagiriak, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) batzordearen egiaztagiri-sistema eta Europako Bikaintasun Eredua (EFQM).

Osasun-laguntzako kalitateak funtsean probetan oinarritutako jardunbide klinikoekin du zerikusia. Proba horiek azken ezaupide zientifikoaren arabera baliozkotu behar dira eta ebidentzian oinarrituta egon behar dute; gainera, jardunbideak arriskuak gutxitu behar ditu, ahalik eta eraginkorrena izan behar du eta prozesuan parte hartzen duten guztien gogobetetze-maila egokia izan dadin lortu behar du. Gauzak horrela, prozesuen bidezko kudeaketa da laguntza-prozesuan erabateko kalitatea lortzera bideratutako metodo egokiena.

Larrialdi-zerbitzuen esparruan ohikoa da kalitatearen inguruko eskuliburu edo gidak edukitzea. Dokumentu horiek segurtasuna eta arriskuen inguruko protokoloak ere hartzen dituzte aintzat, eta zuzen eginda daude, baina ez dira egoki gauzatzen. Eta hori gertatzen da, neurri batean, osasun-administrazioak, oro har, ez duelako interes nahikoa jartzen kalitatearen kudeaketaren alderdi horretan eta, ondorioz, neurri horiek larrialdi-zerbitzuetan bertan sustatzen dituztelako. Edozein modutan, zerbitzuak ematerakoan kalitate-adierazleak erabiltzea sustatu beharra dago, eta zeregin horretan larrialdi-zerbitzuetan zuzendari-lanak egiten dituztenek parte hartu behar dute, bereziki.

Ospitaleko larrialdi-zerbitzuek kalitatearen inguruko gida eta eskuliburu horietan oinarritutako laguntza-protokoloak dituzte, larrialdi-zerbitzu horietan

---

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



bertan landutakoak edo beste zentro batzuetatik hartutakoak. Protokoloak ezarrita badaude ere, guztiek ez dituzte eraginkorki erabiltzen, lan zaila delako. Horren harian, azterlan hau prestatzeko saioretan partaideek egindako ekarpen batzuen arabera, osasuneko profesionalek gutxitan betetzen dituzte protokoloak, funtsean segituan zaharkitzen direlako, ezaupideek aurrera egiten badute ere protokoloak ez baitituzte eguneratzen. Aurreikuspenak betetzea zaila dela ere badiote, nahiz eta protokoloak osatzeko eta lehen mailako arretako eta arreta espezializatuko zerbitzuekin akordioak adosteko denbora asko eramaten duten eta ahalegin handia egiten duten.

Kalitatea ziurtatzeari dagokionez, onarpen zientifiko handiena lortu duen metodoa osasun-zentro eta -zerbitzuak akreditatzea da, eta akreditazio-prozesu hori honela definitu dute: «erakunde bat, haren borondatez, kanpoko egiaztatze-sistema baten bitartez aztertzea eta zer mailan dagoen ebaluatzea eta neurtzea, aurrez adituekin adostu eta lurraldeari moldatutako estandar batzuk oinarri hartuta».<sup>80</sup>

Larrialdi-zerbitzuak akreditatzea, beraz, kalitate-estandar egoki bat ziurtatzeko mekanismo erabilgarria da. Prozesu horrek, gainera, akreditazioa lortzeko ez ezik, larrialdi-zerbitzuen egoeraren diagnostikoa egiteko, hutsak antzemateko eta funtzionamenduaren, egituraren, diseinu funtzionalaren eta abarren inguruko konponbideak aurkitzeko eta berrikuntzak egiteko neurriak hartzeko ere balio du.

Gaur egun OLZ gutxik dute akreditazioa; horrek esan nahi du akreditazio-prozesuak martxan daudela Espainian, baina oraindik asko dagoela egiteko bide horretan. Alde horretatik, aztertu beharra dago zerbitzuak derrigor akreditatzeko legezko betekizuna ezartzea komeni den ala ez, horretarako zentzuzko epea jarrita, edo, gutxienez, kalitatea egiaztatzea sustatzeko pizgarri edo neurriak jartzea komeni den ala ez.

Prozesu horietan pazienteek eta dagozkien erakundeek parte hartzea oso garrantzitsua litzateke. Laguntza-jardunbidea gizatiartzeko bide horretan, gainera, egokia litzateke pazienteen pertzepzioa eta kexa eta iradokizunen bitartez egiten dituzten balorazioak estandarrak finkatzeko funtsezko elementutzat hartzea. Parte-hartze hori bereziki interesgarria da kalitate-egiaztagiria berritzeko eta egiaztagirien segimendua egiteko prozesuetan. Parte

---

<sup>80</sup> *Unidad de urgencias hospitalaria*, op. cit., 14.

har dezaten, sistema instituzionalak baliatu daitezke (esate batera, partaidetza-organoak), eta, horrez gain, pazienteekin eztabaida-taldeak sor daitezke.

## 5.2. Kexak eta iradokizunak ebaluatzea

Zerbitzu publikoak kudeatzeko ohiko jarraibideak dira, batetik, kexak eta iradokizunak egiteko sistema bat ezartzea, zerbitzu horien kalitatea ziurtatzeko tresna bat delako; eta bestetik, sistema horien osieran herritarrek ere parte hartzea.

Osasunari buruzko apirilaren 25eko 14/1986 Lege Orokorreko 10.12 artikulua arabera, herritarrek kexak eta iradokizunak egiteko bideak erabiltzeko eskubidea dute eta osasun-administrazioek idatziz erantzun behar diete, horretarako arauz ezarritako epeetan. Asmo berarekin, pazienteen autonomia eta informazio eta dokumentazio klinikoaren alorreko eskubide eta betekizunak arautzen dituen azaroaren 14ko 41/2002 Legeko 12.2 artikulua dio osasun-administrazioek partaidetza-eskuliburuei eta iradokizun eta kexei buruzko informazioa eman behar dietela erabiltzaileei eta osasun-zerbitzu bakoitzak arautu behar dituela agindu hori betetzen dela ziurtatzeko prozedura eta sistemak. Autonomia-erkidegoetako legeriak ere arautzen du kexen eta iradokizunen sistema; zehazki, sistema hori ezartzeko prozedurak zehazten ditu.

Osasun-sistemetan erabiltzaileek osasun- eta laguntza-jarduerako maila guztietan parte hartzen dute eta, ondorioz, oso garrantzitsua da erabiltzaile eta pazienteek osasun-zerbitzuen funtzionamendua hobetzeko edo akatsak agerian jartzeko eta konpontzeko egiten dituzten ekimen, iradokizun eta kexa guztiak modu eraginkorren hartzea, bideratzea eta erantzutea.<sup>81</sup> Horretarako, osasun-zentro eta -zerbitzuek jarrera aktiboa eduki behar dute, alegia: inprimaki normalizatuak jarri behar dituzte erabiltzaileen eskura, erabiltzen dituzten sistema edo zerbitzuei buruzko iritzia eman dezaten edo erreklamazio, kexa edo iradokizunak egin ditzaten; eta, noski, beti eta espresuki erantzun behar diete.

Herritarrek larrialdi-zerbitzuetara jo ondoren ospitaleetan egiten dituzten kexa eta iradokizunak egoki kudeatzea eta ebatzea aparteko eta balio handiko tresna

---

<sup>81</sup> Beltrán Aguirre, J. L., *Derecho Sanitario de Navarra*, Iruña, Nafarroako Gobernua, Pro Libertate bilduma, 2005, 514.

da laguntzaren kalitatea ebaluatzeko, beste tresna batzuk baino hurbil eta eraginkorragoa, eta baita herritarrek zerbitzu publikoan parte hartzeko mekanismo bati bidea emateko aukera ere. Kexa eta iradokizun horiek, behar bezala aintzat hartu eta, betiere, egoki erantzunez gero, akatsak eta hobetzeko arloak antzemateko aukera ematen dute, baita zerbitzuen funtzionamendua zuzentzeko edo aldatzeko neurriak hartzeko ere.

Ordea, aukera hori ezerezean gera daiteke, kexak eta iradokizunak egoki kudeatzen ez badira. Hauek dira kudeaketa-arazo nagusiak: kexa eta iradokizunei dagozkien gaiak ezagutzen dituzten profesionalen berri ez ematea; jasotako kexak aukeratzat ez baino arriskutzat hartzea eta haien aurrean errezeloz jokatzea edo defentsiban jartzea; erantzuteko formulario edo eredu estandarizatuak gehiegi erabiltzea, erabiltzaileek planteatutako gaiak banan-banan eta zehatz-mehatz aztertu ez direnaren seinale izaten direlako; kexak eta iradokizunak egiten dituzten herritarrei erantzunik ez ematea edo berandu erantzutea; esku hartzen duten profesionalen hartutako erabaki eta zuzenketa-neurrien berri ez ematea.

### ***5.2.1. Kexa eta iradokizunen sistemaren funtzionamendua. Esku hartzen duten agenteen ikuspegia***

Guztiak uste dute kexak egiteko eta parte hartzeko kultura bultzatu beharra dagoela. Kexak eta erreklamazioak ez dira mehatxutzat hartu behar, zerbitzua hobetzeko aukera eskaintzen duten tresnatzat baizik. Garrantzitsua da, batetik, pazienteek kexak aurkeztea, sistema hobetzen laguntzeko; eta bestetik, esku hartzen duten zerbitzu eta profesionalen kexa horien kudeaketan parte hartzea.

Ordea, Osasun Sistema Nazionaleko langileek kultura hori ez dute oraindik nahikoa barneratua. Profesionalen iritziz, erabiltzaileek behar baino kexa gutxiago egiten dituzte eta, pazienteak ordezkatzan dituzten kolektiboen arabera, kexatzeko arrazoiak dituzten arren, gutxitan egiten dituzte idatzizko kexak.

Azterlan hau prestatzeko saioretan esan zuten moduan, pazienteek ez dakite oso ondo kexak egiteko zer eskubide duten eta osasun-arloko kexak bideratzeko eta kudeatzeko burokrasia gehiegi dagoela eta kexen sailkapena aldagarria dela iruditzen zaie. Burokratizazioari dagokionez, pazienteen ordezkariak azaldu zuten batzuetan zaila dela kexak jartzeko eskubide hori baliatzea, bereziki modu

elektroniko eta informalean egin nahi bada. Oro har ezarrita dagoen mekanismoa kexak idatziz aurkeztea eta pazienteen arreta-zerbitzuetan erregistratzea da.

Kexak eta iradokizunak bideratzen direnean ere, azterketa-lana eta izapideak arin egitea ziurtatu behar da. Partaidetza-mekanismo horien ezaugarri eta eraginak direla eta, ezinbestekoa da osasun-administrazioek arin jardutea, pazienteek ikus dezaten haien kezkei bizkor eta egoki erantzuten dietela. Horrez gain, erantzunak ahal bezain laster helarazi behar zaizkie kexagileei, betiere kexen eta iradokizunen inguruko prozedurak erregulatzen dituzten arauetan aurreikusitako epeetan.

Horren harian, garrantzizkoa deritzote tartean dauden profesionalek kexak eta iradokizunak bideratzeko prozesuetan esku hartzea. Profesional horiek jakiten dute, zehatz-mehatz, zer gertatu den eta, beraz, kexen azterketan eta kudeaketan parte hartu behar dute; horrek ez du esan nahi beste profesional batzuk edo zuzendari arduradunek esku hartu ezin dutenik. Ordea, batzuetan ez dute horrela jarduten eta kexak eta iradokizunak zerikusirik ez duten bulegoetan bideratzen dira; hori dela eta, analisia egitea eta zerbitzua hobetzeko aukerak aztertzea zailagoa izaten da.

Kexagileei helarazten zaizkien erantzunetan azaldu behar da kexak nola aztertu diren, norke parte hartu duen, zer ondorio atera dituzten eta, hala badagokie, zer neurri hartuko dituzten. Ospitale batzuk, pazienteek zerbitzuaren kudeaketan parte hartu behar dutenaren usteak eta kexa askok komunikazio-arazoekin zerikusia dutela egiaztatu izanak bultzatuta, aldian-aldian tokiko taldeak antolatzen dituzte: pazienteak, senideak eta larrialdi-zerbitzuetako profesional eta arduradunak elkartzten dituzte, zer kezka dituzten eta zer arazo antzeman dituzten adieraz dezaten, gero konponbideak aurkitzeko. Kontsulta egindako zerbitzuetako profesional eta arduradunak diote erraz aplikatzen den tresna dela, gastu gutxi eragiten dituela eta oso erabilgarria dela, informazioa zuzenean jasotzeko aukera ematen baitu, bitartekaririk eta formalitaterik gabe.

Larrialdi-zerbitzu batzuetan, oinarriak dituzten eta, beraz, pazienteek jasandako hutsak agerian jartzen dituzten kexak kudeatzerakoan, pazienteei elkarrizketa pertsonal bat egiteko aukera ematen diete, eta larrialdi-zerbitzuetako arduradunak azalpenak ematen dizkie.

Aurreko bi paragrafoetan aipatu jarduerak administrazio-jardunbide egokiak dira eta, gainera, zerbitzuen funtzionamendua hobetzen eta konfiantza-maila

handitzen laguntzen dute; beraz, jarduera horiek baloratzea egokia izan liteke, eta baita, egoki iritziz gero, beste zerbitzu batzuetan ezartzea ere.

Kolektibo ahuletako pazienteen edo gai orokorren inguruan sortutako arazoei dagokienez, zerbitzuko arduradunek eta kolektibo horiek babesten dituzten erakundeetako arduradunek bilerak egin beharko lituzkete aldian-aldian, arazo horiek ebaluatzeko eta segimendua egiteko.

Kexak eta iradokizunak kudeatzeaz gain, oso erabilgarria da pazienteak ausaz aukeratzea eta gogobetetze-galdeketa egitea, zerbitzuaren kalitatearen adierazle gisa, erabiltzaileen iritzi orokorren berri jakiteko balio baitute.

### **5.2.2. Kexa eta iradokizunen taxonomia. Kexa gehien jasotzen dituzten gaiak**

Kexa eta iradokizunak jasotzeak eta jarduera-sektoreen arabera egoki kodifikatzeak pazienteen iritziz hobetu beharra dauden arlo eta gaiak erraz antzemateko eta ebaluatzeko aukera ematen du.

Herriaren Defendatzaileek ospitaleetan ofizioz egindako bisita eta jardueretan antzeman dute kexak eta iradokizunak kodifikatzeko hainbat modu daudela. Aldeak daude ez bakarrik osasun-zerbitzuen eta osasun-administrazioen artean, baita zerbitzu beraren mende dauden ospitaleen artean ere.

Gauzak horrela, jakinarazi beharra daukagu askotariko sailkapenak erabiltzen dituztela eta, horrek, neurri batean, pazienteek antzemandako hutsak sistematikoki eta modu koordinatuan aztertzea eragozten duela. Ondorioz, osasun-administrazioek kexak eta iradokizunak sailkatzeko irizpideak bateratzea komeni da, analisiak partekatzeko eta alderatzeko eta, funtsean, esperientziak eta hobetzeko proposamenak trukatzeko errazteko.

Herriaren Defendatzaileek sustatutako jardueretan antzeman dute pazienteek ospitaleko larrialdi-zerbitzuen gainean egindako kexek gai hauekin dutela zerikusia: Itxaronaldiak (sailkapena edo lehenbiziko arreta, proba diagnostikoak, ohea egokitzea edo hartzea, larrialdietako altak), alta hartutakoan antzemandako kalitatea, langileen gaitasun profesionala eta ezaupideak, baldintza fisiko eta estrukturalak (garbitasuna, erosotasuna, seinaleak eta higiena), profesionalen

tratua eta arreta, langile-kopurua, zerbitzu-zorroa eta pazienteei eta haiekin daudenei ematen zaien informazioaren kalitatea.

Azterlan hau prestatzeko saioetan jasotako datuen arabera, larrialdi-zerbitzuekin zerikusia duten kexa eta iradokizunen portzentajea osasun-zerbitzu osoan jasotakoen %10 eta %15 artekoa da.

Kontsulta egindako guztiek irizten diote kexa gehienak itxaronaldien eta atzerapenen ingurukoak direla: hasierako arreta atzeratzea, medikuak pazientea berandu ikustea, probak berandu egitea eta, probak egin ondoren, alta ere berandu jasotzea.

Itxaronaldien inguruko kexekin batera, itxaronaldi horietan informaziorik ez jasotzeaz ere kexu dira pazienteak. Badirudi, beraz, pazienteak itxaronaldiek berek baino gehiago kezkatzen dituela egoera horietako ziurgabetasunak, edo ez dituztela itxaronaldiek bakarrik kezkatzen, behintzat. Gauzak horrela, itxaronaldiei buruzko informazio egoki eta zehatza emateak, pantaila bidez edo ahoz (mailakatzea edo proba diagnostikoak egiterakoan), osasun-sistemaren alderdi horren inguruko kexak gutxitu ditzake (osasun-kudeatzaileek haiekin egindako saioan adierazitakoaren arabera, %70 edo %80 inguru) eta, funtsean, pazienteek zerbitzuaren kalitateaz duten pertzepzioa hobetzen laguntzen du, baita haien gogobetetze-maila igotzen ere. Larrialdietako itxaronaldietan informazioa jasoz gero, pazienteak lasaiago egoten dira, eta hori garrantzitsua da era horretako zerbitzuetan.

Orobat, pazienteak jasotako laguntza medikoaz kexatzen dira maiz, batez ere pazienteek berek egoki iritzitako proba osagarriak egin ez dizkietelako. Zerikusia du horretan, beharbada, goian larrialdietako arretaren helburuaz eta xedeaz esandakoarekin; aipatu bezala, helburu eta xede horiek batzuetan ez baitatoz bat pazienteen iguripenekin.

Beste kexa nabarmen batzuk, aurrekoak bezain ugariak ez badira ere, intimitaterako eskubidearekin dute zerikusia eta larrialdi-zerbitzuen gainezkaldiei eta OLZko egonaldietako erosotasunari buruzkoak dira, batik bat.

Azkenik, pazienteei erreparoa ematen die medikuen jarduerari, hau da, medikuek hartutako erabakiei buruzko kexak jartzeak. Hori gertatzen da, beharbada, era horretako kexak egiteko ezaupide teknikoak eduki behar direlako eta, baita ere, paziente batzuk medikuen jarduna zalantzan jartzeko beldur

direlako oraindik, begirune handia dietelako. Horrek guztiak zerikusia dauka lehen aipatu kexak jartzeko kultura faltarekin.

## **6. ONDORIOAK**

1. Ospitaleko larrialdi-zerbitzuen egitura fisikoa aldatu egin da azken hamarkadatan, baina oraindik ez da erabat egokia. Eremuak diseinatu eta antolatzen diren estandar homologatuen ezarpenaren ez da aurrerapauso nahikoa eman, eta zerbitzuetako profesionalen eta pazienteen ordezkarien proposamenak oraindik ez dituzte nahikoa baloratzen.
2. Gainezkaldiak maiz gertatzen direnez, larrialdietako hasierako arreta eman eta ospitaleratzeko zain dauden pazienteentzako eremu bereziak jarri dituzte. Neurri horien helburua zein den jakinda ere (pazienteak korridoreetan eta egokiak ez diren beste leku batzuetan ez egotea), ez dira sistema eraginkortzat hartu behar, ospitaleratzeko agindua jaso duten pazienteak OLZn egoteak zerbitzuaren kudeaketa kaltetzen duelako eta paziente horiek arreta berezia behar dutelako.
3. Pazienteak mailakatzeko metodoak homologatu eta erabiliz gero, OLZek jasotzen duten laguntza-eskaria hobeto antolatu daiteke eta, beraz, kalitatea eta funtzionamendua hobetzeko helburuak errazago bete daitezke. Sistema horiek modu eraginkorrean erabiliz gero, lurralde-eremu batzuetan larrialdi-zerbitzuetako zama arintzeko neurriak hartu ahal izango lituzkete, koadro kliniko arinak dituzten pazienteak medikuak aztertu beharrik gabe bideratuz, betiere erabaki horiek eragin-eremuko ospitalez kanpoko larrialdietako bitartekoekin koordinatuta.
4. Osasun Sistema Nazionala eraginkorra eta bateratua izan dadin, historia kliniko elektronikoa ezarri behar da eta osasun-zerbitzuetako IKT plataformak bateragarriak izan behar dute. Hori oraindik ez da bete eta ospitaleko larrialdi-zerbitzuen kalterako da. Autonomia erkidegoek arlo horretan egiten dituzten ahaleginei koordinazio-tresna eraginkorrak gehitu behar zaizkie, eta tresna horiek Estatuaren Administrazio Orokorrak bultzatu behar ditu.

5. IKT tresnak bizkor garatzen direnez eta osasun-arretan zuzentasuna, kalitatea eta segurtasuna hobetzen laguntzen dutenez, pazienteak prozesu klinikoetan gehiago inplikatzeko eta osasun-aurrekariak beren kasa errazago eskuratzen lagun dezakete, OSN osoan jar baitaiteke eskura dokumentazio eta informazio kliniko guztia. Tresna horiek OLZn kolektibo ahuletako pazienteei, batez ere osasunez nola dauden adierazteko eta haien aurrekari garrantzitsuenen berri emateko zailtasunak dituzten pazienteei, arreta egokia emateko antzemandako arazo batzuk konpontzeko ere balio dute.
6. Larrialdiak kudeatzea denbora kudeatzea denez, aginte-mahaietako arduradunek pazienteei larrialdi-zerbitzuetan arreta emateko denbora eta faseak (trazabilitatea) zehazteko gai izan beharko lukete, arreta eraginkorragoa eskaintzeko neurri gisa. Ospitale gehienetako aplikazio informatikoez ez dituzte aintzat hartzen presako arretaren bereizgarri eta premiak, eta langileen iritziz, lagungarriak izan ordez, lan gehiago ematen dute. Aplikazio horietako batzuk, gainera, ez dira erabilerrazak, eta laguntza-jarduerako arriskuak areagotzen dituzte.
7. Profesional egoki nahikoa egon beharko luke ordutegi guztietan. Arazo nagusia da zerbitzu horiek barruko mediku egoiliarren mende daudela, maiz profesionalen ordez jartzen dituztelako.
8. Oro har, mediku egoiliarrek behar baino erantzukizun gehiago dute OLZko laguntza-jardueretan. Gaur egun, larrialdi-zerbitzuetan beste espezialitate batzuetatik prestatzera etorritako mediku egoiliarrak hartzen dituzte, txandaka; baina ez dituzte beren profesionalak prestatzen, ez baitago larrialdietako medikuntza-espezialitaterik. Gauzak horrela, mediku egoiliarrek ez dute larrialdietan aditu diren medikuen babesik jasotzen eta ez da erraza ezinbesteko ikuskatze-lana egitea.
9. OLZko lan-baldintzak, presako arretaren eskakizun-maila eta gatazkak eragin ditzaketen tentsio-egoerak direla eta, zerbitzu horietan laneko estresa izateko edo «erretako langilearen sindromea» (*burnout*) garatzeko arrisku gehiago dago. Ez dirudi arrisku horiek kudeatzeko tresnarik dagoenik.
10. Ahultasun-egoeran dauden kolektiboei (desgaitasunak dituztenei, gizarte-arriskuan daudenei, tratatu txarren edo indarkeriaren biktimei eta buruko gaixotasunak dituztenei) presako arreta emateko OLZetan gizarte-lanetako



aditu gehiago beharko lirateke. Gizarte-lanetako profesional gutxien arratsaldeko eta gaueko txandetan egoten da.

11. OLZek ospitaleko jardueran eta, beraz, osasun-arretan oro har duten garrantzia dela eta, larrialdietako medikuntza eta erizaintza espezialitatea zehaztea komeni da, larrialdietako profesionalak berariaz prestatzeko eta profesional horien eskumen klinikoen helmena zehazteko.
12. Larrialdi-zerbitzuetako egitura fisiko eta funtzionalak, zerbitzu horietan maiz gertatzen diren gainezkaldiek eta ospitalean pribatutasuna errespetatzeko kultura nahikoa ez edukitzeak eragotzi egiten du, maiz, pazienteen duintasuna eta intimitatea ziurtatzea.
13. Eztabaida publikoan gehien erabiltzen den kudeaketa-adierazlea, OLZe dagokienez, itxarote-zerrendena da. Izan ere, larrialdi-zerbitzuetako ospitaleratze-eskariak jarduera espezializatuko programazioa desorekatu egiten dute; gainera, larrialdi-zerbitzuetatik pasa ondoren ospitaleratzen da paziente gehien. Gauzak horrela, larrialdi-zerbitzuetan ospitaleratze agindua jaso duten pazienteak ezin izaten dituzte ospitaleratu, eta larrialdi-zerbitzuetan egoten dira denbora luzean, batzuetan haien duintasuna eta intimitatea ziurtatu gabe.
14. OLZko gainezkaldiak konpontzea ez dago zerbitzu horien esku, batik bat. Ospitaleetako jardunbideetan oheen kudeaketa optimizatzeko lehentasunak ezarri beharko lituzkete, eta horretarako kontuan hartu beharko lukete larrialdi-zerbitzuetako arduradunen iritzia, izan dezaketen eskaria aurreikusteko gai direlako.
15. Udaran, laguntza-eskariak eta -jarduerak behera egiten dutela eta ospitaleko oheak ixtea bitartekoak modu eraginkorrean kudeatzen direnaren seinale da. Aitzitik, udaran biztanleriak eta izan litekeen eskariak gora egiten duten kasuetan, ez du justifikaziorik. Oheak aldi baterako ixtea erabaki aurretik larrialdi-zerbitzuetako premia estrukturalak zehatz-mehatz ebaluatu behar dira.
16. Fase terminalean dauden pazienteei arreta ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan ematea sistemak porrot egin duenaren seinale da, ingurune horretan ezin delako ziurtatu duintasunez hiltzea, eta ezin delako, ezta ere, senide eta ahaideen dolua zaindu.

17. Osasuneko profesionalek ez dute pertsonen borondatearen autonomiaren alderdi etikoei buruzko prestakuntza nahikoa jaso. Pazienteek, baimena eman aurretik, batzuetan ez dute prozedura terapeutiko edo diagnostiko baten gainean erabakia libreki hartzeko informazio egokia jasotzen. Zenbaitetan, hautazko diagnostiko eta terapiak osasuneko profesionalek aukeratzen dituzte, pazienteak parte hartu gabe.
18. Baimen informatua emateko eredu batzuk eduki oso teknikoak dute eta, ondorioz, nekez ulertzen dira. Alde horretatik, ezinbestekoa da hizkera ulergarria, sinplea, argia eta hartzailaren arabera izatea, batik bat desgaitasunak dituzten pazienteen kasuan. Halaber, ahultasun-egoeran dauden pertsonentzat baimen informatua emateko dokumentu espezifikoak eduki beharko lituzkete, kolektibo bakoitzaren bereizgarrien arabera egokituak.
19. Aurretiko argibideen eta bizi-testamentuen ezarpena eskasa da. Izan ere, eragin gutxi dute, irudi juridiko horren gaineko informazio faltaren eta arrazoi kulturalen ondorioz. Pazienteak beste erkidego bateko osasun-zerbitzuetara joaten direnean, langileek historia klinikora eta, handik, aurretiko borondate-adierazpenera heltzeko zailtasunak izan ohi dituzte.
20. Laguntza-arlo guztien artean, larrialdietan dauka pazienteen segurtasunak arrisku gehien. Izan ere, gainezkaldiak direla eta, profesionalek akatsen bat egiteko arrisku gehiago dago eta erikortasunak eta heriotza-tasak gora egiten du.
21. Ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan arreta jasotzen duten pazienteen kontrako ondorioen intzidentzia adierazgarria da, nahiz eta kontrako ondorio horiek neurri handi batean saihesteko modukoak izan. Hala ere, ez da haien berri ematen eta ez dira alta-txostenetan jasotzen. Jakinarazpen gutxi egiten dira, hain zuzen ere, langileak ez daudelako segurtasunaren inguruan sentsibilizatuta eta ondorio juridikoen beldur direlako.
22. Europan eta nazioarte-esparruan kontrako ondorioen berri emateko sistemak ezarri dituzte, arauen bitartez. Espainian, oraindik onartu gabeko lege-agindu batean, kontrako ondorioak erregistratzeko betekizuna aurreikusi dute. Agindu horren asmoa da, legezko aurreikuspenak ezartzeaz gain, osasuneko profesionalek konfiantza izan dezaten eta parte har dezaten lortzea. Kontrako ondorioak jakinarazteko eta erregistratzeko sistema hori

zigortzailea izan ez dadin eta, aldi berean, osasun-administrazioen eta administrazio horretako langileen erantzukizun-printzipioa errespetatu dadin diseinatzeko zailtasunak dauzkate.

23. Egoera irregularrean dauden etorkinek sistema publikoko presako osasun-arreta jasotzeko eskubidea dute. Eskubide hori baliatzea, ordea, zaila da batzuetan, jardunbide administratiboek kezka sortzen dietelako eta osasun-sistemara jotzeko asmoa alborarazten dietelako. Erabiltzaileek konfiantza gehiago izan dezaten, nahitaezkoa da, batetik, langileen prestakuntza hobetzea; bestetik, aurrez ordainketa-konpromisorik eta fakturarik ez egitea; eta azkenik, legezko bizilekurik eza arinago eta zentroetako bertako gizarte-laneko zerbitzuen bitartez egiaztatze modua bilatzea.
24. Legeriaren arabera, «Espainiako biztanle gisa erregistratu gabe dauden eta Espainian bizitzeko baimena ez duten» atzerritarrek «gaixotasun larrietan edo istripuren batek eragindako larrialdietan» osasun-laguntza jasoko dute, «arrazoia dena delakoa ere, medikuaren alta jaso arte». Medikuaren alta, alegia osasun-arreta osoaren amaieran ematen dena, eta larrialdietako alta ez dira nahastu behar. Izan ere, laguntza larrialdietako arretaz harago luzatu behar da, larrialdietara jotzea eragin duen osasun-arazoa konpondu arteraino.
25. Berezi ahulak diren pertsonen arreta egokia emateko neurri eraginkorrenak dira OLZetan haien arreta lehenestea eta senide eta ahaideei lagun egin diezaien uztea.
26. OLZ gehienetan ezarrita dauden mailakatze-metodoekin pazienteak modu eraginkorrean sailkatzen dira. Ahultasun-egoera larrietan dauden pazienteen arreta hobea emateko, ordea, metodo horietan klinikoa ez den informazioa ere txertatu beharko litzateke; paziente horiek izan daitezke, adibidez, pediatriako adingabeak, buruko gaixotasunak dituzten pertsonak, desgaitasun zehatz batzuk dituztenak eta gizarte-arriskuan daudenak.
27. Paziente batzuei, berezi adingabeei, urritasun kognitiboak dituzten adinduei eta buruko gaixotasunak dituzten pertsonen arreta egokia emateko, ospitaleko larrialdi-zerbitzuek ezinbestekoa dute paziente horiek behar duten tratuan eta laguntzan espezifikoki prestatutako profesionalak edukitzea.

28. Ospitaleko larrialdi-zerbitzu orokorretan itxaroteko eta arreta emateko leku bereziak jarri beharko lirateke, adingabeentzat, tratu txarrak hartu dituztenaren zantzuak dituzten pertsonentzat eta zona komunetan egoteak intimitatea urra diezaiekeenentzat.
29. Buruko gaixotasunak dituzten pazienteen presako osasun-arretarako bitartekariak jartzea neurri egokia da geldiarazteko baliabideak gutxiagotan erabiltzeko eta informazioa egoki jasotzeko. Segurtasun Indar eta Gorputzek lagun egitea pazienteentzat iraingarria izan daiteke.
30. Desgaitasunak dituzten pertsonak, batik bat zentzumen-desgaitasunak dituztenek, OLZetan komunikatzeko zailtasunak izan ohi dituzte, ez daukatelako horretarako baliabide egokirik. Alde horretatik, egokitutako materialen gabezia ere nabarmena da.
31. Biztanleriaren zahartzeari buruzko aurreikuspenak kontuan hartu behar dira paziente kronikoek ospitaleko larrialdi-zerbitzuetara behar baino gehiagotan jo ez dezaten. Horretarako, pertsona horien premiak aurrez zehaztu behar dira, osasun arreta gertuko mailetan kudeatzeko. Adinduentzat, bereziki urritasun kognitiboak dituztenentzat, ezinbestekoa da OLZk eta ospitalez kanpoko zerbitzuak koordinatzea, behar baino botika gehiago har ez ditzaten.
32. Gizarteak baztertzeko arriskuan dauden pazienteei arreta emateko protokolo bereziak edukiz gero, kontsulta eragin duen osasun-egoeraz haragoko osasun-arazo konplexuagoak antzeman ahal izango lituzkete. Jardunbide horrek balioko luke, gainera, jakinarazi beharreko osasun publikoko alarmak agerian jartzeko.
33. Zenbaitetan, gizarte-arriskuan dauden pazienteen kasuan, ezin da ziurtatu alta eman ondoren tratamenduari eutsiko diotenik, eta paziente horiei arreta egokia ematea erdietsi beharreko helburu handi bat da, gizarte- eta osasun-eredua koherentea izan dadin. OLZetan ezin dituzte egoera horiek kudeatu eta, ondorioz, horretarako eskumena duten administrazioek hartu behar dute gai horien ardura. Esan gabe doa, beraz, administrazioek pertsona horiek gaixondoan artatzeko baliabide egokiak eduki beharko lituzketela.
34. Segurtasun Indar eta Gorputzek zaintzen dituzten pertsonen arreta emateko protokoloak behar dira, eta protokolo horietan profesionalen jardunbideak

zehaztu behar dira; argitu behar da, gutxienez, osasuneko profesionalekin duten harremanean pazienteen intimitatea eta informazio klinikoaren konfidentzialtasuna nola ziurtatuko diren.

35. Gaur egun, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan kalitate-programak aplikatu behar dira, legez. Programa horiek, gainera, zerbitzuek egoki funtzionatuko dutela ziurtatzeko balio dute.
36. Larrialdi-zerbitzuetan, oro har, protokolo eta gida klinikoak dituzte, baina eguneratu egin beharko lirатеke, etengabe, eta profesionalen iritziak gehiago hartu beharko lirатеke kontuan.
37. Zentro eta zerbitzuetako kalitatea ziurtatzeko metodo onetsi eta eraginkorrena akreditazioa da; akreditazioa kalitatea kontrolatzeko eta ebaluatzeko kanpo-mekanismo bat da. Gure osasun-sisteman OLZen akreditazioa oraindik ez da zabaldu. Horregatik, badirudi betekizun legaltzat ezarri beharko litzatekeela edo prozesu horiek gauzatzeko neurri pizgarriak hartu beharko lirатеkeela. Akreditazio-prozeduretan pazienteen iritzia ere hartu beharko litzateke kontuan, bai estandarrak finkatzeko, bai segimendu-eta berrikuntza-faseak gauzatzeko; hori pazienteak ordezkatzan dituzten erakundeen bitartez egin ahal izango litzateke.
38. Pazienteek iradokizunak eta kexak egiteko sistemak zerbitzuaren kalitatea eta pazienteen partaidetza ziurtatzeko tresna eraginkorrak izan daitezke. Ordea, osasun-administrazioek eta erabiltzaileek ez dute barneratu, oraindik, benetako «kexen kultura».
39. Pazienteek uste dute haien kexak erantzuteko burokrazia gehiegi dagoela. Erantzunak kudeatzerakoan, osasun-arretan parte hartu duten profesionalek esku hartzen dutela ziurtatu beharra dago, eta erantzun bizkor eta arrazoitua eman behar da, hala badagokio neurri zuzentzaileen berri ere ematen duena. Kexa horien arrazoiak paziente- eta profesional-taldeekin edo antzeko baliabideekin aztertuz gero, konponbide orokorrakoak hartu ahal izango lirатеke.
40. Pazienteen kexa eta iradokizunak ez dira leku guztietan berdin sailkatzen, eta arazo hori konpondu egin beharko litzateke, osasun-zerbitzuetan eta, beraz, Osasun Sistema Nazional osoan, analisi konparatiboak egin ahal izateko.

## **ERANSKINAK**

### **I. eranskina: Azterlana prestatzeko lan-saioetan jorratutako gaien zerrenda irekia**

- 1. Lan-saioen helburua eta dinamika**
- 2. Ospitaleko larrialdietako arreta**
- 3. Larrialdietako osasun-laguntzako eskubide eta bermeak**
  - 3.1. Osasuna babesteko eskubidea. Eraginkortasuna eta hobekuntza: presako arretaren berezko arriskuak. Baliabide tekniko eta diagnostikoak. Giza baliabideak. Hornidura eta prestakuntza. Barruko mediku egoiliarren. Laguntza-jarduera ikuskatzea. Profesionalen jardunbidea. Ebaluazioa eta kalitate-batzordeak**
    1. Zer iruditzen zaizkizu OLZko eskuragarritasuna, instalazioak, diagnostikoak egiteko bitartekoak, tresna klinikoak eta gainerako materialak?
    2. Informazio- eta komunikazio-teknologiak kudeaketa-prozesuetan eta prozesu klinikoetan duten ezarpen-mailari buruzko iritzia.
    3. Zure esperientziaren arabera: pazienteak sailkatzeko (mailakatzeko) sistema egituratu eta euskarri informatikodunak al daude ezarrita? Pazienteak sailkatzeko irizpideak idatziz sistematizatuta al daude?
    4. Informazio-sistemek ba al dute mailakatzeko gaixotasun infekzioso-kutsakor edo larriak antzemateko «alarrik»?
    5. Aplikazio informatikoen ematen al dute laguntza-prozesu osoaren trazabilitatea ikusteko eta prozesuko fase bakoitzeko itxaronaldiak sistematizatzeko aukera?
    6. Dakizunaren arabera: informazio-sistemek balio al dute jarduerak lehen mailako osasun-zentroekin eta larrialdi-zerbitzuekin koordinatzeko?
    7. Erreferentzia-zentroekin dagoen koordinazio-maila kasu oso konplexu eta teknifikazio handikoetan.
    8. Profesionalen prestakuntza eta kopuruari eta laguntza-eskariaren arabera egokitzapen-mailari buruzko pertzepzioa.
    9. Benetako langile-taldearen eta plan funtzionalean aurreikusitakoaren arteko elkarrekotasunaren gaineko iritzia.
    10. Antzeman al duzu alderik barruko mediku egoiliarren (BAME) arretan eta ikuskapenean, dauden prestakuntza-urtearen arabera?

11. Irakaskuntza Batzordeak zehaztuta al dauzka BAMEen zereginak?
12. BAMEen laguntza-jarduera ikuskatzeko protokolorik formalizatu al da?
13. BAMEen tutorearen irudia finkatuta al dago? BAMEak haien gaikuntzaren arabera ikuskatzea agintzen al da?
14. Larrialdietako irakaskuntza ospitaleko Irakaskuntza Batzordean txertatua al dago?
15. Dakizunaren arabera: arreta-prozesu nagusien protokolo eta gida/jarraibide klinikoak ezarrita al daude?, aplikatzen al dira?, dagozkien batzorde klinikoek bermatu al dituzte?
16. Osasuneko profesionalek beharrezkotzat jotako proba diagnostikoak egiteko mugak daudenaren frogarik ba al duzu?
17. Zer iritzi uste duzu dutela pazienteek egiten zaizkien proben kopuruaren eta izaeraren gainean?
18. Larrialdi-zerbitzuan ospitaleratzeko agindua jaso duten eta oheren bat libre geratzeko denbora asko zain daramaten pazienteen kasuan, zer medikuntza-zerbitzu arduratzen da haien arretaz? Arretaren kalitatea ospitaleratzesolairuan jasoko lukeenaren berdina al da? Hala ez bada, adierazi zer alde dauden.
19. Medikuntza-espezialitateekin barne-kontsultak egiteko eskariei buruzko iritzia. Protokoloak, ezarpen-maila eta erantzunaren bizkortasuna.
20. Ba al dakizu beste laguntza-mailaren batekin protokolorik formalizatu al den pazienteak bideratzeko eta laguntzaren jarraipena ziurtatzeko?
21. Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuan (OLZ) eskuratu al daiteke lehen mailako arretan eta beste espezialitate batzuetan arreta emandako pazienteei buruzko informazio klinikoa?
22. Lehen mailako arretarekin bateratutako protokolorik aplikatzen al da presako eskariak bideratzeko eta patologiarene eta larritasunaren arabera egoki segmentatzea errazteko?
23. Laguntza-eskariaren intzidentzia lehen mailako larrialdi-zerbitzuetan laguntza jasotzeko zailtasunen ondorioz. Zailtasunik badago, zer-nolakoak dira?
24. Ba al dakizu plan funtzionalean horrelakorik gutxienez ba al dagoen?: zerbitzu-zorroa, protokoloak, eskura dauden jarraibide/gida klinikoak eta profesional bakoitzaren erantzukizunak.
25. Zer iruditzen zaizu larrialdietara heltzen direnetik zerbitzuan alta ematen zaien arte pazienteek itxaron behar duten denbora?

### **3.2. Duintasuna eta intimitatea: bortxaezintasuna. Gainezkaldiak bereziki aintzat hartzea. Osasunari buruzko datuen konfidentzialtasuna**

26. Pazienteen nortasuna eta duintasuna urratu dezaketen arriskuak ebaluatzea, batik bat larrialdi-zerbitzuek gainezka egiten dutenean. Arriskuak eta oinarritzko eskubidea ziurtatzeko neurri posibleak deskribatzea.
27. Fase terminalean dauden pazienteei arreta emateko protokolo edo gida/jarraibide klinikorik ba al dago? Egoera kritiko horretan eskaintzen al zaie senide eta ahaideei ahalik eta leku egokiena?
28. Larrialdi-zerbitzuak betetzen al ditu fase terminalean dauden pazienteen premiei erantzuteko betekizun material eta funtzionalak? Larrialdi-zerbitzuaren egiturak ematen al du paziente horiei leku goxo eta lasai bat eskaintzeko aukera?
29. Laguntzaren etikako batzordeak ematen al die profesionaleri etika aldetik zailtasunak edo berezitasunak dituzten jardunbide klinikoaren gaien inguruko aholkurik?
30. Arreta-modalitate horretara egokitutako «gizatiartze-planik» ba al dago ezarrita?
31. Zeintzuk dira, zure iritziz, larrialdi-zerbitzuetako gainezkaldien arrazoiak?
32. Maiztasuna aztertu eta presako osasun-arretako eskarien joerak zehaztu beharko lirateke. Zerk eragiten du ospitalean aldizka oherik libre ez egotea eta ospitaleratzeko agindua duten pazienteak larrialdi-zerbitzuan denbora luzean egon beharra?
33. Ikusi da zenbaitetan ospitaleko altak ordu-tarte jakin batzuetan ematen dituztela, normalean arratsaldean, eta, ondorioz, alta programatuta duten pazienteek ez dituztela oheak libratzen. «Ospitaleko alta goiztiarren» adierazleak ebaluatzea eta ezartzeko zer aukera dauden aztertzea.
34. Zure ustez zer irizpide lehenetsi behar dira udaran ospitaleko oheak ixtea erabakitzeko? Zure iritziz, zenbateraino eragiten diote erabaki horiek OLZko arretari?
35. Ospitalean alta eman ondoren garraioa behar duten pazienteen kasuan, garraio horri lehentasuna ematen al zaio ospitaleratzean/larrialdietan dauden pazienteak ateratzeko?
36. Larrialdi-zerbitzuetan entzumen- eta ikusmen-intimitatea ziurtatzeko protokolorik ba al dago?
37. Egitura fisiko eta funtzionalak uzten al du pazienteen intimitate orokorra ziurtatzen? Azaldu helburu hori lortzeko zer eragozpen nagusi dauden.



38. Pazienteei eta haien senideei informazioa konfidentzialtasuna ziurtatzeko moduan emateko gela berezirik ba al dago?
39. Informaziorik ematen al da korridoreetan/pasabideetan edo beste paziente edo senide batzuen aurrean?
40. Zure iritziz, OLZko erabiltzaileen eskubideak ziurtatzeko giro etikoa sustatze aldera, zer jarduera lehenetsi behar dira?
41. Ba al dakizu OLZn osasun datuak legez kanpo eskuratzea eragozteko segurtasun-neurririk ba al dagoen?

**3.3. Baimen informatua (BI): formalizatzea (ahoz/idatziz). Salbuespenak (osasun publikoa, larrialdia, uko egitea eta premia terapeutikoa). Ordezkoen bidez (adingabeak/ezgaituak)**

42. Zure esperientziaren arabera, BI sinatu aurretik informazio nahikoa eta egokia ematen da?
43. Legeak salbuetsitako kasuetan salbu, paziente guztiei eskatzen al zaie BI medikuek eta erizainek jardueraren bat gauzatu aurretik?
44. BI oro har idatziz formalizatzen al da legeak hala eskatzen duen kasuetan?
45. BI idatziz formalizatzeko eredu espezifikokoak al daude OLZko medikuntzako eta erizaintzako langileek egiten dituzten prozesu kirurgiko eta diagnostiko bakoitzerako?
46. Nola jasotzen dira emandako baimena eta baimen horren inguruan gertatutako intzidentziak pazientearen historia klinikoan eta alta-txostenean?
47. Idatziz eta historia klinikoan jasotzen al dira BI sinatzetik salbuesteko arrazoiak?
48. Zer iruditzen zaizu OLZetako presan oinarritutako salbuespenaren aplikazioa?
49. Osasun publikoko kasuetan, neurrien eraginez askatasuna kentzen bada, gero kontrol judizialik egiten den ba al dakizu?
50. Terapia behar den kasuetan, ordezkariei BI eskatzen zaie?, zentroko Etika Batzordeari aholkua eskatzen zaio, bereziki pazienteak bere osasun-egoera zein den jakin nahi duela berresten badu?
51. Zure esperientziaren arabera, esku-hartze klinikoa ulertzeko gai ez diren eta babesgabe dauden 16 urtetik beherako adingabeen kasuan, haiek babesten dituen erakunde publikoari BI eskatzen zaio?
52. Izatezko ezgaitasuna duten adinduen kasuan, jasotzen al dira historia klinikoan ezgaitasunaren gaineko iritziz medikoaren oinarri diren arrazoiak?

53. OLZetan ba al dago pazienteen ordezkariak BI formalizatzeko protokolo eta eredu espezifikorik?

#### **3.4. Historia klinikoa: Edukia. Erabilerak. Eskuragarritasuna:**

54. Zure jarduera-eremuan: ezarrita al dago historia kliniko informatizatua?, zein fasetan dago historia kliniko elektronikoa ezartzeko prozesua?

55. Historia klinikoan jasota al daude nahitaez bete behar diren dokumentu mediko-legalak?

56. Historia klinikoak ordenatuta, eguneratuta eta osatuta daude?

57. Alta-txostenean jasotzen al dira, gutxienez, honako hauek?: pazientea zerbitzura noiz heldu den, maila noiz egokitu zaion, lehenbiziko arreta medikoa noiz jaso duen, larrialdietatik zein ordutan atera den eta arreta nork eman dion.

58. Alta-txostenetan jasotzen al da erizaintza-jarduera?

59. Pazienteek haien historia klinikora sartzeko baimena ematen ez dutenetan, ba al dakite haien identifikazio pertsonaleko datuak eta laguntza-klinikokoak bereizten direla historia klinikoa epidemiologia eta osasun publikoko xedeetarako eta ikerkuntzan eta irakaskuntzan erabiltzeko?

60. Ba al dakizu unibertsitateko ikasleek eta larrialdietan praktikak egiten ari direnek historia klinikoak zuzenean eskuratzen eta erabiltzen al dituzten?

61. Zure iritzi, praktikan nahikoa ziurtatzen al da pazienteak bere historia klinikoa eskuratzeko duen eskubidea? Zer hutsune nabaritu dituzu?

62. Ba al dakizu hildako pazienteen senide edo ahaideek paziente horien historia klinikoa eskuratzeko arazorik izaten al duten?

63. Pazienteen historia klinikora osasun-interesagatik (beste iritzi kliniko bat edukitzeko) sartu behar denetan, pazientea berriz baloratu behar duen medikuari historia klinikoa hirugarrenek jarritako datuak eta ohar subjektiboak kendu gabe bidaltzen al zaio?

64. Historia klinikoak gutxienez hurrengo bost urteetan berreskuratzeko moduan artxibatzen al dira?

65. Ba al dakizu historia klinikoa eskuratzeko eta tratatzeko segurtasun-neurririk badagoen?

#### **3.5. Osasunari buruzko eta osasun-arlotik kanpoko informazioa: edukia. Zer informazio eman behar den eta nola. Informazioaren erantzukizuna. Eskubidearen titularra eta mugak. Informaziorik ez jasotzeko eskubidea.**

66. Zure esperientziaren arabera, pazienteei haien laguntza-prozesuari buruzko informazioa ematen zaienean, adierazten al dira, gutxienez, prozesuaren xede, ezaugarri, arrisku eta ondorioak eta proposatutako esku-hartzeaz aparte dauden gainerako aukerak?
67. Azaltzen al da osasuneko profesionalek zergatik egiten duten aukera kliniko bat eta ez beste batzuk? Informazio hori ulertzeko moduan ala praktikan modu objektiboan nekez har daitezkeen formulen bidez ematen al da? (Adibidez, kostua/irabazia analisia.)
68. Pazientei eta haien senide edo lagunei ematen al zaie, aldian-aldian eta laguntza-fase bakoitzean, gutxi gorabehera zenbat itxaron beharko dutenaren berri?
69. Pazienteen egoerari, osasunari eta bilakaerari buruzko informazioa non, noiz, zenbateko maiztasunarekin eta nork ematen du? Gai horien gaineko jarduera-protokolorik ba al dago?
70. Pazientei eta haien senide eta lagunei zer informazio eman eta informazio hori nola eta zenbateko maiztasunarekin eman jasotzen duen protokolorik ba al dago?
71. Larrialdietan alta eman ondoren, laguntza-prozesuari buruzko informazio nahikoa eta egokia eman denaren ustea.
72. Historia klinikoan jasotzen al da pazientei zer informazio eman zaien?
73. Pazientei laguntza-prozesuaren gainean ematen zaien informazioa nahikoa, ulergarria eta haien premien arabera al da?
74. Osasunari buruzko informazioa nork eta nola ematen du? Protokoloak.
75. Informazioa emateko prozesuan parte hartzen al dute, pazienteaz arduratzen den eta haren solaskide nagusi den medikuaz gain, osasuneko beste profesional batzuk? Esate batera, proba diagnostikoak egiten dituztenek eta erizaintzakoek.
76. Pazienteak baimena berariaz edo isilbidez ematen ez badu, ematen al zaie haren senide edo ahaideei laguntza-prozesuaren berri?
77. Pazientea ezgaituta badago, legezko ordezkariari ez ezik pazienteari berari ere ematen al zaio informazioa, haren ulertzeko gaitasunaren arabera?
78. Pazienteak, haren egoera fisiko edo psikikoaren ondorioz, ez badauka eman behar zaion informazioa ulertzeko gaitasunik, ematen al zaie informazio hori harekin familiako edo izatezko loturak dituztenei?
79. Zure esperientziaren arabera, pazienteak informaziorik ez jasotzeko daukan eskubideak eta pazienteak edo hirugarren batek haren osasunaren berri jakiteko interesak tirabirarik sortu al dute? Tirabira horiek zein irizpideren arabera konpondu dira?

### **3.6. Aurretiko argibideak:**

80. Zure iritziz, osasuneko profesionalek nahikoa ezagutzen al dituzte aurretiko argibideak, horien gaineko erabakiak hartu behar dituztenean?
81. Osasuneko profesionalek zailtasunak al dauzkate aurretiko argibideak interpretatzeko eta noiz aplikatu behar dituzten jakiteko?
82. Zure esperientziaren arabera, ba al dago zenbaitetan aurretiko argibideei kasurik ez egiteko arrazoirik? Argibide horiek erabakia hartu aurrekoak direlako, adibidez?

### **3.7. Pazienteen segurtasuna: kontrako ondorioak antzematea eta prebenitzea. Lehentasunezko arloetako estrategiak.**

83. Zure esperientziaren arabera: jakina al da kontrako ondorioen intzidentzia? Kontrako ondorio horien berri ematen da normalean, edo aparteko egoeretan bakarrik? Erregistrorik ba al dago? Jakinarazpenak egiteko protokolorik ba al dago?
84. Kontrako ondorioak antzeman ondoren, intzidentzia klinikoak prebenitzeko neurriak arin hartzen al dira?
85. Kontrako ondorioak jasotzen al dira laguntza-txostenetan?
86. Zure jarduera-eremuan ba al dago pazientearen segurtasunaren gaineko plan espezifikorik? Larrialdietako lehentasunezko arloetan diseinatu al da segurtasun-estrategiarik?
87. Jarduera-adierazleak eta gutxieneko estandarrak monitorizatuta al daude?

### **3.8. Kalitatea. Beste gai batzuk: OLZak akreditatzea. Gida klinikoak eta jarduera-protokoloak. Langileen autobabeserako plana. Prestakuntza eta ikerketa:**

88. Ba al dago OLZk akreditatzeko programa ofizialik?
89. OLZen akreditazio-maila.
90. Zure esperientziaren arabera, zer neurritan dago aurreikusia pazienteek akreditazio-prozesu horietan eta prozesu horien segimenduan parte hartzea?
91. Protokolo eta gida/jarraibide klinikoen ezarpen-mailaren gaineko iritzia. Zure kasuan, hobetzeko proposamenak.
92. Protokolo eta gida/jarraibide klinikoak egiterakoan profesionalek duten partaidetza-mailaren gaineko pertzepzioa.
93. Zure iritziz, zenbateraino dira arinak eta eraginkorrak kalitate-gomendioak hedatzeko eta aplikatzeko prozesuak?

94. Zure jarduera-eremuan ba al dago autobabeserako planik, gutxienez arriskuen ebaluazioa, babes-neurriak eta langileen kontrako erasoen prebentzioa eta erantzuna jasotzen dituenik?
95. Zure iritziz, ematen al zaie profesionali etengabeko prestakuntzako eta ikerketako jarduerak egiteko erraztasunik?
96. Larrialdietako profesionalak irakaskuntza- eta ikerkuntza-jardueretan gutxi gorabehera ematen duten denbora (portzentajea).
97. Ba al dakizu OLZko profesionalentzako etengabeko prestakuntza-planik ba al dagoen?
98. Langile horiek parte hartzen al dute ohiko saio kliniko programatuetan?

### **3.9. Beste eskubide eta berme batzuk:**

99. Zenbateko maiztasunarekin izaten dituzu konpontzeko kulturarteko bitartekaritza behar duten arazoak OLZn? Zure iritziz, zeintzuk dira arazo nagusiak? Bitarteko nahikoa daudela iruditzen al zaizu?

## **4. Egoera ahulean dauden pertsonen arreta**

### **4.1. Bizileku-baimenik ez duten etorkinak:**

100. Egoera irregularrean dauden etorkinek OLZn arreta jasotzeko arazorik izan al dute? Adierazi zer arazo mota eta arazo horiek gainditzeko zenbaterainoko zailtasunak izan dituzten.
101. Pertsona horiei klinikaren ikuspegitik ospitaleratzea edo proba diagnostikoak egitea dagokienean, horretarako mugarik ba al dago?
102. Zure jarduera-eremuan ba al dago, kolektibo horretako pazienteen laguntzaren jarraipena ziurtatze aldera, jarduera gainerako arreta-mailekin koordinatzeko mekanismorik?
103. Zure kasuan, Espainian bizitzeko baimenik ez duten etorkinei larrialdietan emandako arretagatik fakturak egiteko arrazoiak.

### **4.2. Egoera ahulean dauden pertsonen arreta ematea eta lagun egitea:**

104. Kolektibo ahuletako pazienteen arretari lehentasuna ematea posible dela eta bidezkoa dela iruditzen al zaizu?
105. Dakizunaren arabera, egoera ahulean dauden pazienteei senideek edo ahaideek lagun egitea ziurtatzen duten neurririk hartu al da, baldin eta kontraindikatu ez bada? Gai horren inguruko protokolorik ba al dago?

106. Ba al dakizu, mendetasun-egoeran egoteaz gain gaixotasun kronikoak edo askotariko patologiak dituzten pertsonen arreta integrala emate aldera, osasun- eta gizarte-sistemak koordinatzeko mekanismorik ba al dagoen?
107. Ba al dakizu, OLZren eragin-eremuko egoitzetan instituzionalizatutako pazienteen patologia ugarienei dagokienez, jarduera bateratuko protokolorik formalizatu al den?
108. Adingabeei helduen eremuetatik bereizitako leku espezifikotan ematen al zaie arreta?
109. Gaixotasun kronikoak edo askotariko patologiak dituzten pazienteei dagokienez, larrialdietan ematen zaien arreta haien ohiko ingurunean (etxean) edo lehen mailako laguntza-arloan jaso dezaketela iruditzen al zaizu? Hori, noski, salbu arreta espezializatua behar duten egoeretan.

**4.3. Arrisku- edo gatazka-egoeran daudenaren zantzuak dituzten pertsonen arreta:**

110. Zure jarduera-eremuan formalizatu al da larrialdi psikosozialak (tratu txarrak, alkoholismoa, pobrezia...) konpontzeko planik?
111. Ba al dago arrisku-egoerak antzemateko eta tratatzeko jardueretarako protokolorik? Zer protokolo daude?
112. Larrialdietan arreta eman ondoren, ematen al zaie lehen mailako arretakoei arrisku-egoeran dauden pazienteen berri, ahal den neurrian zaintzari euste aldera?
113. OLZn nor arduratzen da, batik bat, antzemandako arrisku- edo gatazka-zantzuak kudeatzeaz?

**4.4. Zaintzapean dauden pertsonak:**

114. Zure esperientziaren arabera, ba al dago zaintzapean dauden pertsonen arreta emateko berariazko zonarik?
115. Zein da ohiko praxia pazienteak polizia-indarretako funtzionarioekin bertaratzen direnean?
116. Ospitaleratze-agindurik gabe alta egiten denean, nori ematen zaizkio txostenak eta gainerako dokumentazioa?
117. Zure iritziz, OLZko jardunbidean, zenbateraino ezagutzen dira «Istanbuleko protokoloa» (*Tortura eta beste tratu edo zigor krudel, anker edo apalgarri batzuk eraginkortasunez ikertu eta dokumentatzeko eskuliburua*) edo

antzeko tresnak eta zenbateraino aplikatzen dira tresna horietako aurreikuspenak?

## **5. Kexak eta iradokizunak ebaluatzea**

### **5.1. Balioespen- edo onarpen-indizeak: neurriak hartzea**

118. Pazienteek egiten dituzten kexa eta iradokizunei osasun-administrazioek ematen dizkieten erantzunen kalitatea zer-nolakoa dela iruditzen zaizu?
119. Zenbateraino erabiltzen dira kexak eta iradokizunak OLZetan ahultasunak antzemateko eta, hala badagokie, prebentzio neurriak eta arreta hobetzekoak hartzeko?
120. Beti ematen al zaie interesdunei kexen gainean hartutako erabakien berri? Erabaki horietan zehazten al da gaia nola aztertu den, zer emaitza lortu diren eta, hala badagokie, zer neurri hartu diren?

### **5.2. Pazienteen eta profesionalen partaidetza:**

121. Zure jarduera-eremuan ba al dago pazienteek eta profesionalak kexak ebaluatzeko eta hobekuntzak proposatzeko prozesuetan parte hartzeko mekanismorik?

### **5.3. Herritarren kexen taxonomia**

122. Osasun Sistema Nazional osoan kodetze-sistema homologatu bat ezartzeko aukerari buruzko iritzia.
123. Larrialdi-zerbitzuen funtzionamenduari zerikusia duten gaiei buruzko kexen hileko batez bestekoa. Ospitale osoan jasotako kexen aldean larrialdi-zerbitzuetako kexen portzentajeari buruzko pertzepzioa.
124. Zure iritziz, larrialdi-zerbitzuetako kexak zer hiru gairen ingurukoak dira, batik bat?

## II. eranskina: Azterlana prestatzeko lan-saioetako partaideak

<b>Izena</b>	<b>Abizenak</b>	<b>Kargua</b>	<b>Saioa</b>
Julián	Alcaraz Martínez	Morales Meseguer ospitaleko (Murtzia) Laguntzaren Kalitatearen koordinatzailea	3
Luis	Alonso Calzada	Desgaitasunak dituzten Pertsonen Ordezkarien Espainiako Batzordea (CERMI)	1
Rafael	Álvarez Gil	Kanarietako Herriaren Defendatzailearen aholkularia	1 eta 2
Esperanza	Aparcero Fuentes	Andaluziako Herriaren Defendatzailearen aholkulari teknikoa	*
Ignacio	Aycart Luengo	Andaluziako Herriaren Defendatzailearen aholkularia	*
Soledad	Becerril	Herriaren Defendatzailea	1
Juan Luis	Beltrán Aguirre	Osasun-arloko Juristen Espainiako Elkarteko lehendakari ohia	2
Fernando	Benito Anguita	Herriaren Defendatzailearen Osasun eta Gizarte Politikako teknikaria	*
Rosa	Brescané Bellver	Alzheimer eta beste Dementzia batzuk dituzten Pertsonen Senitartekoen Elkarteen Espainiako Konfederazioa (CEAFA)	1
Antonio	Burgueño Torijano	Adinduen Erakundeen Espainiako Konfederazioa (CEOMA)	1



<b>Izena</b>	<b>Abizenak</b>	<b>Kargua</b>	<b>Saioa</b>
Pablo	Busca Ostoloza	Donostiako Unibertsitate Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuko burua	2
Raúl	Canabal Berlanga	Gaztela-Mantxako Osasun Zerbitzuko Laguntzako zuzendari medikoa (SESCAM)	3
Alicia	Carpintero Suárez	Gaztela eta Leongo Herriaren Defendatzailearen Kabineteko aholkulari burua	*
Antón	Castaño Rivero	Pediatriako Larrialdietako Espainiako Elkarteko (SEUP) burua	2
Bernardino	Comas Díaz	Balear uharteetako Son Espases Ospitaleko Larrialdi Zerbitzua	3
Pilar	Embuena Majua	Barruko mediku egoiliarra (BAME)	2
Francisco Javier	Enériz Olaechea	Nafarroako Herriaren Defendatzailea	2
Silvia	Fernández Calderón	Gaztela eta Leongo Osasun Kontseilaritzako Arreta Especializatuko zuzendari teknikoa	3
Pedro	Fuentes	Cáritas Española	1
Pedro José	García Beviá	Valentziako Herriaren Defendatzailearen teknikari juridikoa	1 eta 3
Paloma	García de Carlos	Ospitaleko Arreta Zerbitzuko teknikaria. Kanarietako Gobernu.	3
Ernesto	Garrastachu Marín	Errioxako Osasun Zerbitzuko Erabiltzaileen	3

<b>Izena</b>	<b>Abizenak</b>	<b>Kargua</b>	<b>Saioa</b>
		Informazio eta Arreta Zentroko zuzendariordea	
Inmaculada	Gimena Ramos	Nafarroako Ospitaleguneko Zerbitzu Nagusietako zuzendariorde medikoa	3
Lourdes	Gómez Casero	Badajozeko Infanta Cristina Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuetako burua	3
Juan Jorge	González Armengol	Azterlaneko aholkularia eta Larrialdietako Medikuntzako Espainiako Elkarteko (SEMES) lehendakaria	*
Esther	Gorjón Peramato	Larrialdietako erizaina. Gaztela eta Leongo Osasun Larrialdietako Gerentzia	2
Isabel de	Gregorio-Rocasolano Bohórquez	Aragoiko Herriaren Defendatzailearen aholkulari arduraduna	*
Javier	Gutiérrez Caracuel	Sevillako Virgen del Rocío Ospitaleko Larrialdietako barrutiko mediku espezialista (BME)	2
Rodrigo	Gutiérrez Fernández	Osasuneko Erabiltzaileen Arretako Espainiako Elkarteko (SEAUS) lehendakaria	2
Juan Jesús	Hernández González-Nicolás	Espainiako Gurutze Gorria	1
Francesc Xavier	Jiménez Fábrega	Ikerketa, Berrikuntza eta Kalitate Saileko zuzendaria. Kataluniako Medikuntza Larrialdietako Sistema (SEM)	2

<b>Izena</b>	<b>Abizenak</b>	<b>Kargua</b>	<b>Saioa</b>
Luis	Jiménez Murillo	Andaluziako Larrialdi Planeko zuzendaria	3
Ricardo	Juárez González	Talavera de la Reinako (Toledo) Ntra. Sra. del Prado Ospitaleko Larrialdien koordinatzailea	2
Faustino	López de Foronda	Arartekoaren idazkari nagusia	3
Jesús	Maeztu Gregorio de Tejada	Andaluziako Herriaren Defendatzailea	3
Antonio Felipe	Martín Martín	Santa Cruz de Tenerifeko Ntra. Sra. de la Candelaria Unibertsitate Ospitaleko Larrialdien koordinatzailea	2
Bartolomé José	Martínez García	Herriaren Defendatzailearen Osasun eta Gizarte Politikako teknikari burua	*
Antonio	Martínez Torre	Santanderreko Marqués de Valdecilla ospitaleko Laguntzaren Jarraipeneko zuzendariorde medikoa	3
José Luis	Méndez Flores	Buruko Gaixotasunak dituzten Pertsonen eta haien Senideen Elkarteen Espainiako Konfederazioa (FEAFES)	1
Iñaki	Mendieta Lasarte	Arartekoaren Osasun Arloaren arduraduna	1 eta 2
David	Montes Bentura	Munduko Medikak	1
Rafael	Muguruza Trueba	Herriaren Defendatzailearen Osasun eta Gizarte Politikako teknikaria	*
Giovanna	Múñiz	Institut del'Envelliment.	1

<b>Izena</b>	<b>Abizenak</b>	<b>Kargua</b>	<b>Saioa</b>
Gabriele		Bartzelonako Unibertsitate Autonomoa	
Victor Manuel	Padrón Barrera	Kanarietako Herriaren Defendatzailearen laguntzailea	3
Nuria	Palmero Sande	Galiziako Herriaren Defendatzailearen aholkularia	*
Rosa M <sup>a</sup>	Pérez Mencía	Presako Osasun Arretako eta Larrialdietako Zerbitzua. Valentziako Osasun Agentzia	3
Fernando	Pérez-Padilla García	Osasunaren Kudeaketako Institutu Nazionaleko (INGESA) lurralde-zuzendaria. 061 zerbitzuaren koordinatzailea Ceutan	3
Luis	Pizarro Fernández	Andaluziako Herriaren Defendatzailearen ondokoa	1 eta 3
Javier	Povar Marco	Zaragozako Miguel Servet Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuko koordinatzailea	2
Pilar	Prims Calleja	Kataluniako Herriaren Defendatzailearen aholkularia	*
Jordi	Puiguriguer Ferrando	Mallorcako Palmako Son Espases Unibertsitate Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuko koordinatzailea	3
Zita	Quintela González	Madrilgo Erkidegoko Ospitaleetako Helburuen Segimenduaren Kudeaketako Zuzendariordetzako	3

<b>Izena</b>	<b>Abizenak</b>	<b>Kargua</b>	<b>Saioa</b>
		teknikaria	
Concepción	Saavedra Rielo	VIII osasun-eremuko Osasun Arretako eta Osasun Publikoko zuzendaria. Langreo (Asturias)	3
Miquel	Sánchez	Bartzelonako Ospitale Klinikoko Larrialdi Zerbitzuko zuzendaria	3
Carlos	Sarasíbar Marco	Nafarroako Herriaren Defendatzailearen idazkari nagusia	*
Raphael	Simons Vallejo	Valentziako Herriaren Defendatzailearen teknikari juridikoa	2 eta 3
Martín	Tejedor Fernández	Kalitate eta Dokumentazio Klinikoko Zerbitzuko burua. Kordobako Reina Sofia Unibertsitate Ospitalea	3
Mirian	Torregrosa Granada	Gaixotasun Arraroen Espainiako Federazioa (FEDER)	1
Manuel José	Vázquez Lima	Vilagarcíako (Pontevedra) Salnés Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuko koordinatzailea	2
Luis	Verde Remeseiro	Santiago de Compostelako (Coruña) Kudeaketa Integratuaren Arloko gerentea	3
José Antonio	Zumalacárregui Villasol	Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Osasunaren Kudeaketa Unitateko zerbitzuburua. Barakaldo (Bizkaia)	3

\* Hiru saioetan parte hartu dute.

- 1: Pazienteen elkarteetako eta beste gizarte-erakunde batzuetako ordezkariekin egindako lan-saioa. Madril, 2014ko irailak 16.
- 2: Osasuneko profesionalekin egindako lan-saioa. Iruña, 2014ko urriak 1.
- 3: Osasun-kudeatzaileekin egindako lan-saioa. Sevilla, 2014ko urriak 20.