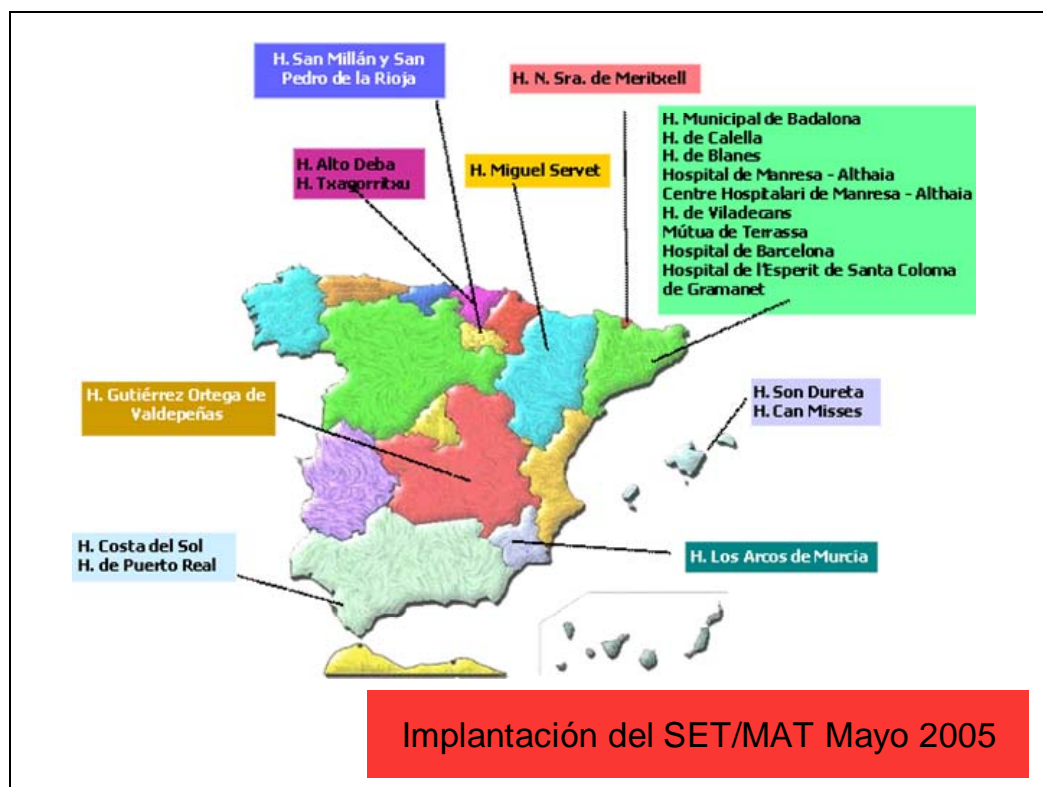


ANALISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL MAT-SET: FEBRERO 2004-MAYO 2005



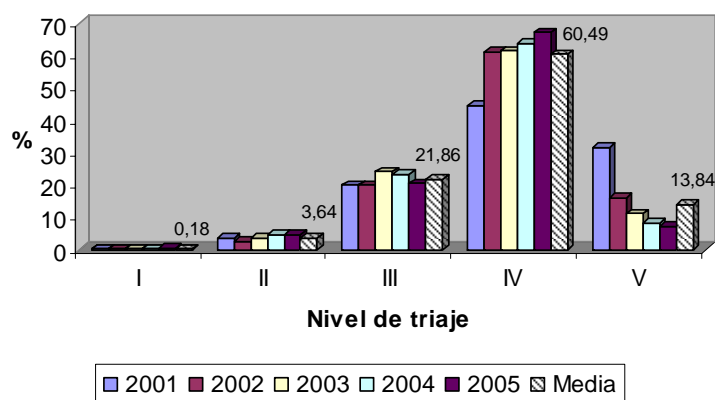
HOSPITALES QUE HAN SOLICITADO PLAN DE IMPLANTACIÓN:

Hospital Universitario de Valme de Sevilla
Hospital Clínico de Valencia
Hospital General de Catalunya
Hospital General de Terrassa
Hospital General d'Igualada
Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet
Hospital de la Creu Roja del Dos de Maig.

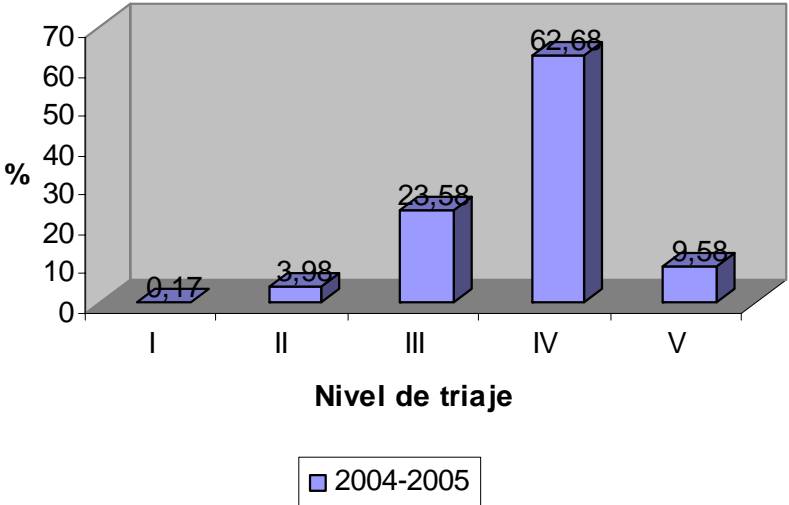
HOSPITAL NOSTRA SENYORA DE MERITXELL (MAT)

NIVEL DE HOSPITAL	I
INPLANTACIÓN	07/04/2001
PACIENTES CLASIFICADOS	142458
FUNCIONAMIENTO	24 HORAS
PROFESSIONAL	DUE
NÚMERO DE UNIDADES	1
PATOLOGIA	MÉDICA - QUIRÚRGICA TRAUMATOLÓGICA, GINE-OBS PEDIATRICA, PSIQUIATRICA
ÍNDICIE DE INGRESO	10%
ÍNDICIE DE TRASLADO	0,25%
TASA DE MORTALIDAD	0,03%
PROFESIONALES FORMADOS	55
INSTRUCTORES	8

HUELLA DIGITAL Hospital Nostra Senyora de Meritxell

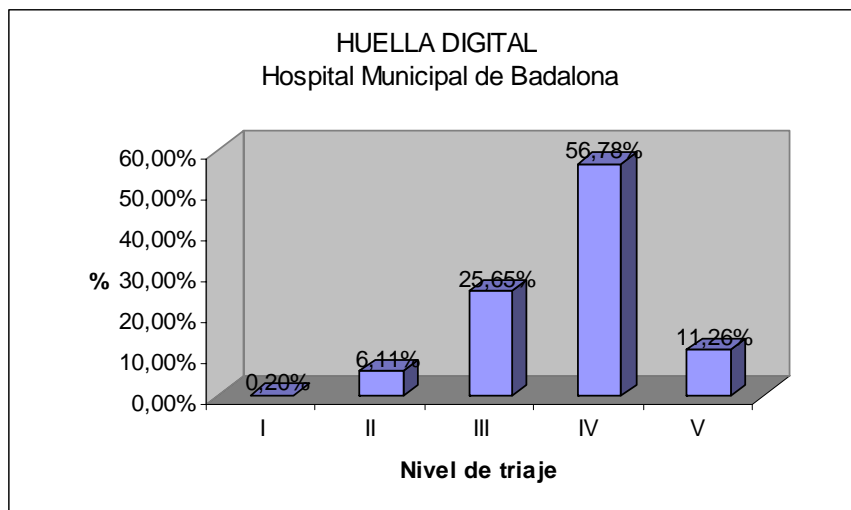


**HUELLA DIGITAL
HOSPITAL NOSTRA SENYORA DE MERITXELL**



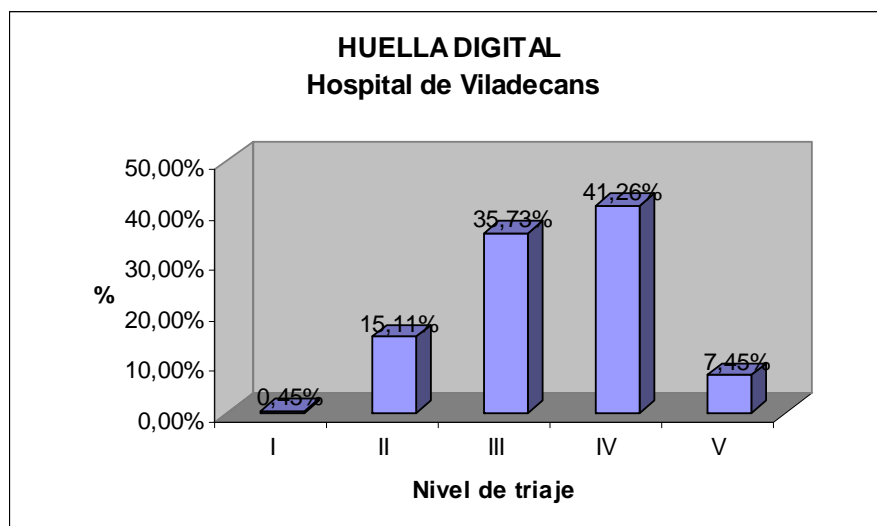
HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA (MAT)

NIVEL DE HOSPITAL	I
INPLANTACIÓN	01/02/2004
PACIENTES CLASIFICADOS	60000
FUNCIONAMIENTO	24 HORAS
PROFESSIONAL	DUE
NÚMERO DE UNIDADES	1
PATOLOGIA	MÉDICA-QUIRÚRGICA- TRAUMATOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA
ÍNDICIE DE INGRESO	6,70%
ÍNDICIE DE TRASLADO	0,01%
TASA DE MORTALIDAD	0,00%
PROFESIONALES FORMADOS	51
INSTRUCTORES	4



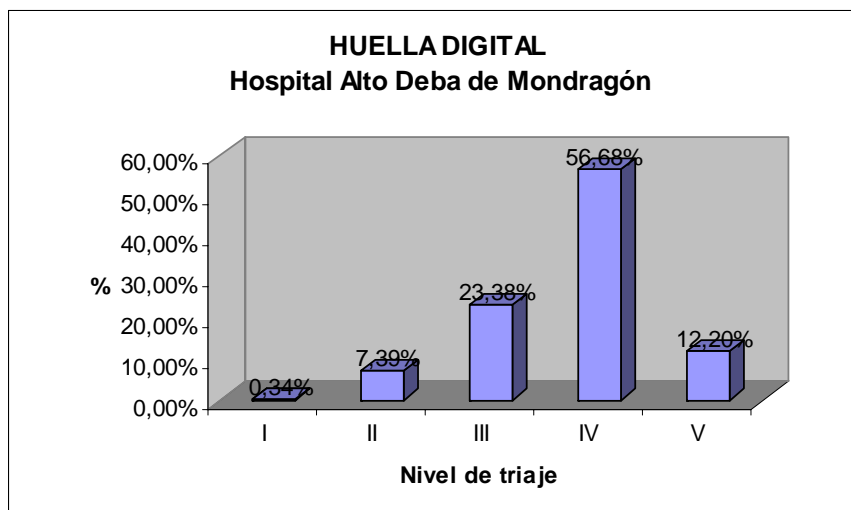
HOSPITAL DE VILADECANS (MAT)

NIVEL DE HOSPITAL	I
INPLANTACIÓN	01/11/2004
PACIENTES CLASIFICADOS	21946
FUNCIONAMIENTO	24 HORAS
PROFESSIONAL	DUE
NÚMERO DE UNIDADES	1
PATOLOGIA	MÉDICA-QUIRÚRGICA- TRAUMATOLÓGICA, GINECOL., PEDIÁTRICA Y PSIQUIÁTRICA
ÍNDICIE DE INGRESO	5,00%
ÍNDICIE DE TRASLADO	1,20%
TASA DE MORTALIDAD	1,70%
PROFESIONALES FORMADOS	33
INSTRUCTORES	3



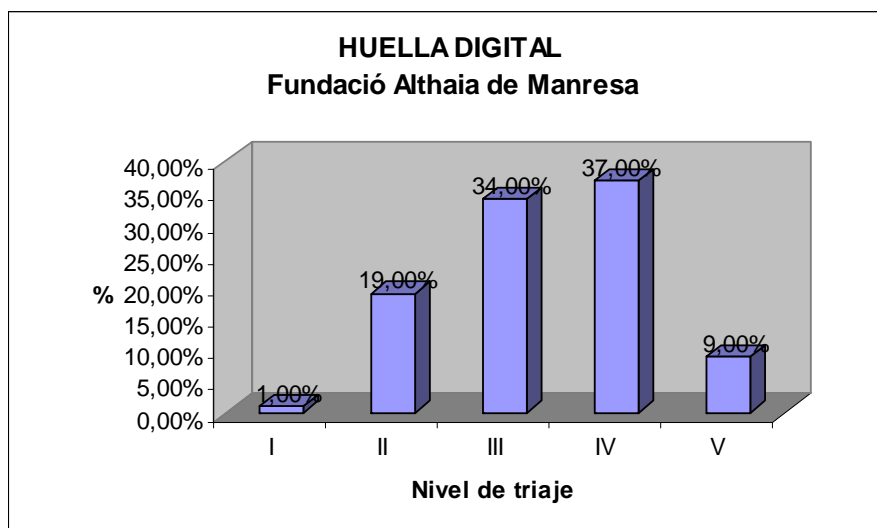
HOSPITAL ALTO DEBA (SET)

NIVEL DE HOSPITAL	I
INPLANTACIÓN	24/04/2004
PACIENTES CLASIFICADOS	28358
FUNCIONAMIENTO	24 HORAS
PROFESSIONAL	DUE
NÚMERO DE UNIDADES	1
PATOLOGIA	MÉDICA-QUIRÚRGICA, TRAUMATOLÓGICA, GINE-OBSTERICIA, PEDIÁTRICA Y PSIQUIÁTRICA
ÍNDICIE DE INGRESO	6,85%
ÍNDICIE DE TRASLADO	1,76%
TASA DE MORTALIDAD	0,06%
PROFESIONALES FORMADOS	16
INSTRUCTORES	1



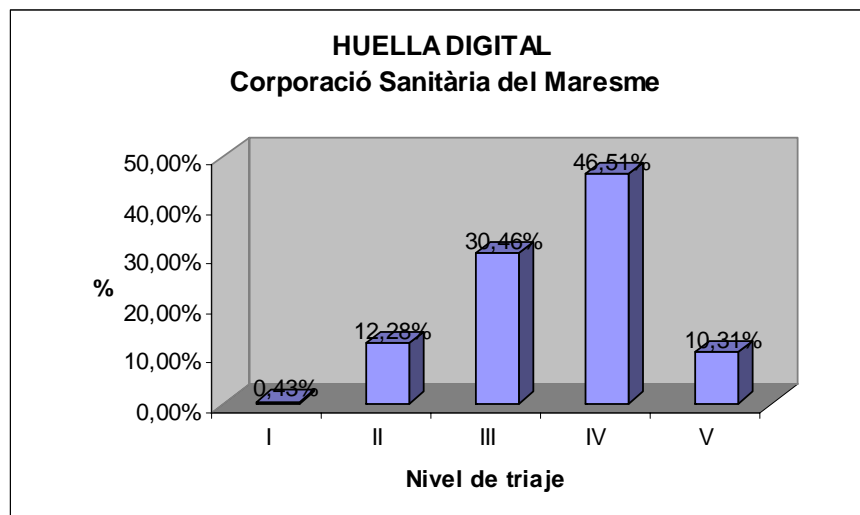
FUNDACIÓ ALTHAIA DE MANRESA (MAT)

NIVEL	II
INPLANTACIÓ	01/07/2004
PACIENTES CLASIFICADOS	11398
FUNCIONAMIENTO	12 HORAS DIURNAS
PROFESSIONAL	DUE
NÚMERO DE UNIDADES	2
PATOLOGIA	MÉDICA-QUIRÚRGICA
ÍNDICIE DE INGRESO	10,60%
ÍNDICIE DE TRASLADO	
TASA DE MORTALIDAD	0,04%
PROFESIONALES FORMADOS	40
INSTRUCTORES	6



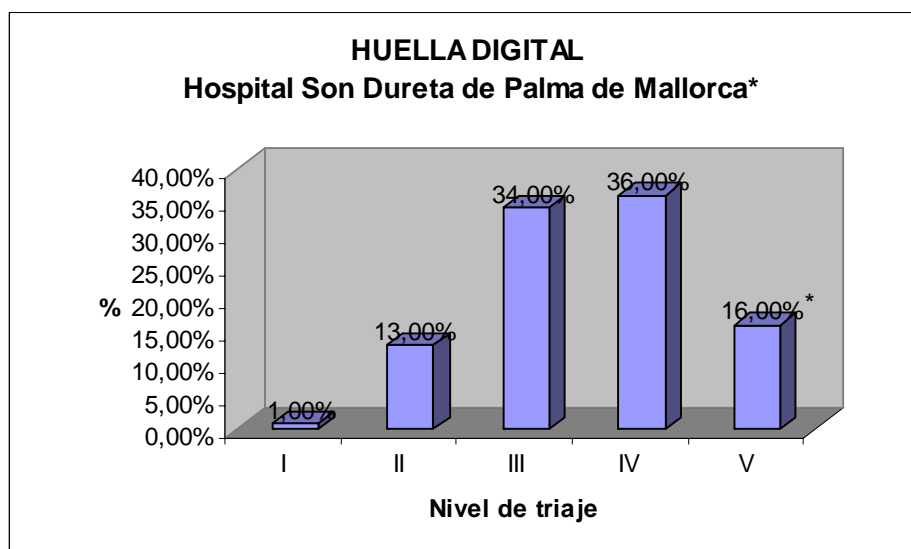
CORPORACIÓ SANITÀRIA DEL MARESME (MAT)

NIVEL DE HOSPITAL	II
INPLANTACIÓN	13/07/2004
PACIENTES CLASIFICADOS	58712
FUNCIONAMIENTO	12 HORAS DIURNAS
PROFESSIONAL	DUE
NÚMERO DE UNIDADES	2
PATOLOGIA	MÉDICA-QUIRÚRGICA- TRAUMATOLÓGICA, GINECOL., PEDIÁTRICA Y PSIQUIÁTRICA
ÍNDICIE DE INGRESO	8,40%
ÍNDICIE DE TRASLADO	2,65%
TASA DE MORTALIDAD	0,20%
PROFESIONALES FORMADOS	24
INSTRUCTORES	4



HOSPITAL SON DURETA (SET)

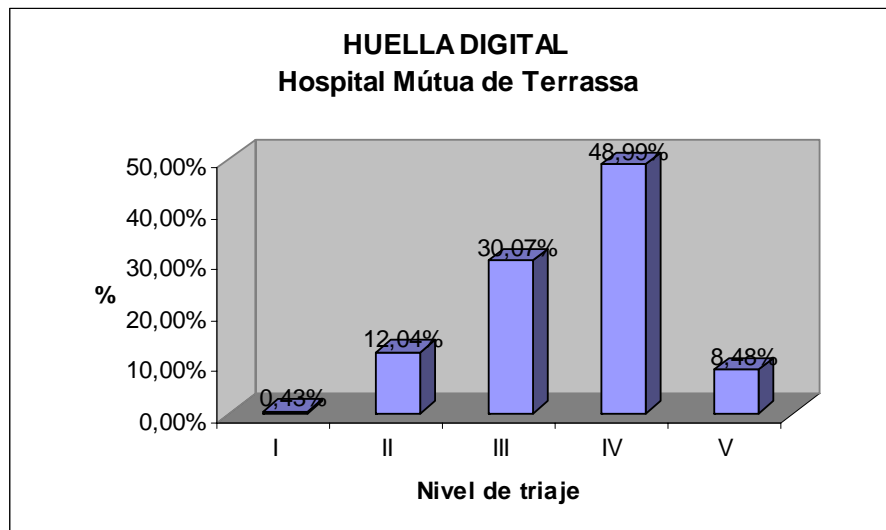
NIVEL DE HOSPITAL	III
INPLANTACIÓN	1/03/2004
PACIENTES CLASIFICADOS	58623
FUNCIONAMIENTO	12 HORAS
PROFESSIONAL	DUE
NÚMERO DE UNIDADES	2
PATOLOGIA	MÉDICA-QUIRÚRGICA- TRAUMATOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA
ÍNDICIE DE INGRESO	14,50%
ÍNDICIE DE TRASLADO	0,01%
TASA DE MORTALIDAD	0,11%
PROFESIONALES FORMADOS	43
INSTRUCTORES	1



• Los pacientes que acuden con UVI móvil pasan directamente al área asistencial sin pasar por triaje, con lo que se pierde un porcentaje importante de pacientes potencialmente urgentes (nivel I-II). de ahí el bajo porcentaje de esos niveles que tenemos “registrado” en web_e-PAT, cosa que influye determinadamente en los porcentajes de la huella digital. A destacar también que únicamente se han clasificado el 45% de los pacientes visitados.

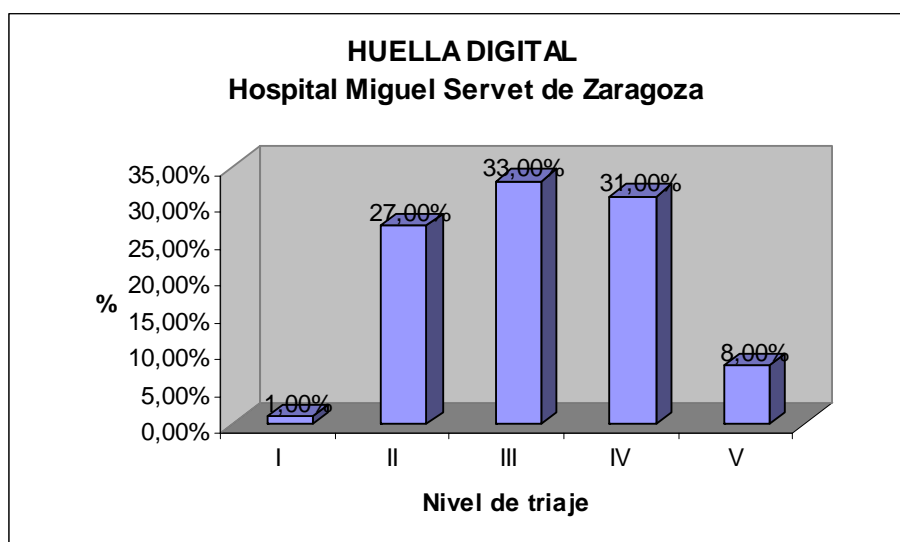
HOSPITAL MÚTUA DE TERRASSA (MAT)

NIVEL DE HOSPITAL	III
INPLANTACIÓN	01/01/2005
PACIENTES CLASIFICADOS	21265
FUNCIONAMIENTO	24 HORAS
PROFESSIONAL	MÉDICO-DUE
NÚMERO DE UNIDADES	1
PATOLOGIA	MÉDICA-QUIRÚRGICA- TRAUMATOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA
ÍNDICIE DE INGRESO	16,90%
ÍNDICIE DE TRASLADO	0,20%
TASA DE MORTALIDAD	0,08%
PROFESIONALES FORMADOS	44
INSTRUCTORES	4

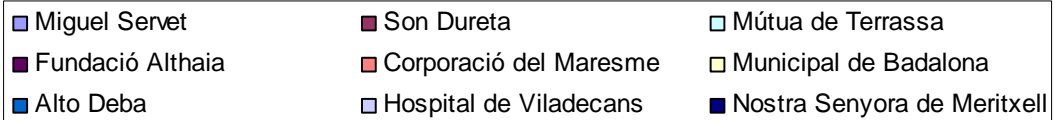
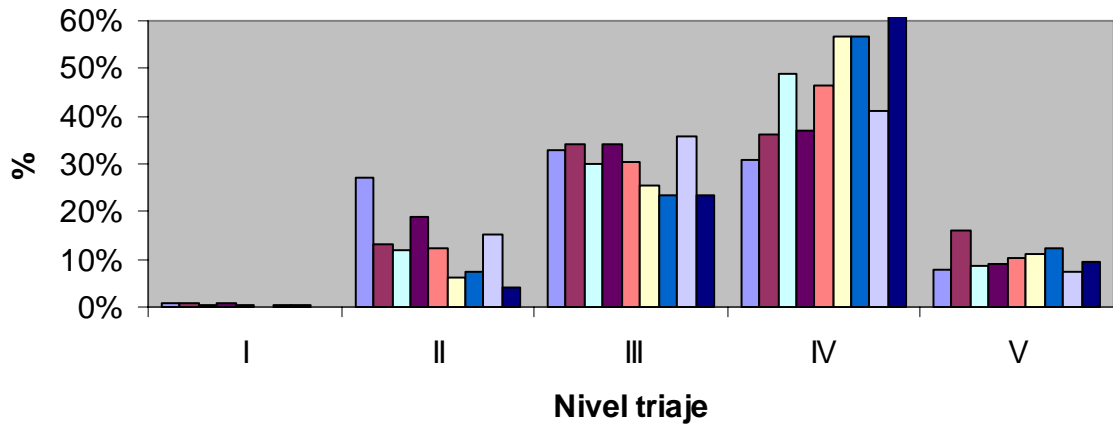


HOSPITAL MIGUEL SERVET (SET)

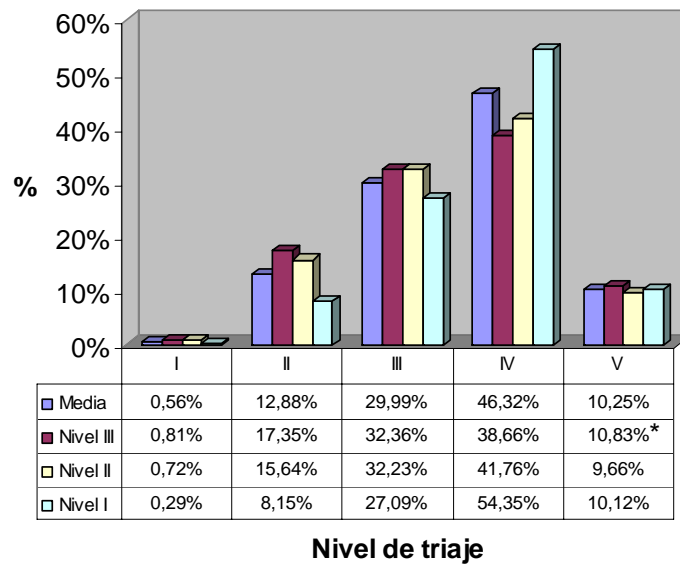
NIVEL DE HOSPITAL	III
INPLANTACIÓN	10/12/2004
PACIENTES CLASIFICADOS	15130
FUNCIONAMIENTO	13 HORAS DIURNAS
PROFESSIONAL	DUE
NÚMERO DE UNIDADES	1
PATOLOGIA	MÉDICA
ÍNDICIE DE INGRESO	21,30%
ÍNDICIE DE TRASLADO	3,38%
TASA DE MORTALIDAD	0,24%
PROFESIONALES FORMADOS	35
INSTRUCTORES	2



Huella digital



Huella digital según tipo de hospital



* Probablemente sobrevalorado por el 16% de Son Dureta, ya que si lo excluimos la media del nivel V se situa en el 8,24% para los hospitales de III nivel.

COMENTARIO

A pesar de que la serie analizada incluye un número considerable de pacientes ($n = 417.890$) y que disponemos de información de diferentes tipos de hospital ($n = 9$), los resultados iniciales han de ser observados con cautela. El número de hospitales de cada nivel es aún pequeño y la distribución de horarios en que se realiza el triaje y tipo de patología clasificada no son homogéneos. A destacar muy especialmente que algunos centros incluyen población pediátrica y traumatológica, lo que claramente condiciona su huella digital y su complejidad respecto a los que no las incluyen. En algunos centros tampoco se clasifican el 100% de los pacientes visitados, por lo que los datos están sin duda sesgados, en dichos centros.

Podemos ya observar diferencias en la distribución de la huella digital en función de la categoría hospitalaria y de los índices de ingreso, como medida indirecta de la relación entre los niveles de urgencia atendidos y la complejidad hospitalaria.

1.- VENTAJAS QUE HA SUPUESTO LA IMPLANTACIÓN DEL MAT/SET

A. MEJORA DE LA PROTOCOLIZACIÓN ASISTENCIAL Y DE LA PRIORIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

- A. Capacidad de priorizar la atención según el nivel de urgencia medido mediante una escala validada.
- B. Dar un soporte protocolizado a la decisión de priorizar los motivos de consulta urgente.
- C. Facilita la organización durante la espera, dando la sensación de mayor control en los picos de afluencia
- D. Fluidez relativa a la hora de visitar los pacientes.
- E. Ha introducido la priorización de la asistencia según el nivel de gravedad y no su ubicación física.
- F. Homogenizar el triaje independientemente del profesional que lo realiza.
- G. Introducir la priorización de la asistencia según el nivel de urgencia basada en protocolos.
- H. Los pacientes son clasificados una vez llegan a nuestro hospital, y de esta forma se controla su patología, a pesar de que se tengan que esperar, y difícilmente se puede quedar un paciente grave en la sala de espera.
- I. Uso de unos criterios uniformes que hace disminuir la subjetividad
- J. Utilizar un lenguaje común entre todos los profesionales.
- K. Garantiza la seguridad en el paciente grave

B. MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL

- A. Adaptar los motivos de consulta a los lugares de visita y especialidad: Al ser un hospital de tercer nivel con un Servicio de Urgencias sectorizado por áreas de especialidades (medicina, cirugía, trauma), se ha realizado un ejercicio muy interesante de definición de lugares de visita en función del motivo de consulta y nivel de urgencia, con el objetivo de evitar la ocupación de espacios y las áreas de visita de manera inadecuada (ya que pueden dificultar el cumplimiento del tiempo de visita). A la vez, también ha servido para consensuar aquellos motivos de consulta que son causa de discusión/debate en función de la experiencia del personal clasificador y de los especialistas correspondientes. Esta redistribución se ha plasmado en un “mapa” del Servicio por motivos de consulta que tienen todos los profesionales.
- B. Aumento del conocimiento de nuestra casuística y de nuestra capacidad de gestionar los recursos.
- C. Ayuda a distribuir las cargas de trabajo entre los facultativos
- D. Capacidad de organizar el flujo y las áreas de atención de cada paciente en función de su complejidad probable.
- E. Comunicación interna
- F. Conocer mejor nuestra realidad
- G. Cumplimiento de los objetivos de los sistemas de triaje.

- H. Detección de “perversidades”: citas en urgencias, ingresos concertados en días de guardia, preoperatorios “urgentes”....
- I. Elemento clave para el nuevo dimensionamiento del servicio.
- J. Elemento dinamizador del cambio de modelo a urgencias (trabajamos por urgencia y orientamos el resto de atención en urgencias en función de ésta).
- K. Establecer una organización interna de trabajo.
- L. Ha permitido establecer una organización interna del trabajo, cambiando el antiguo sistema de ubicación por boxes.
- M. Ha puesto en marcha varios proyectos de mejora de la calidad asistencial (dolor torácico, código ICTUS...)
- N. La Comisión de Triaje se ha convertido en un foro útil para tratar temas (aparte del triaje propiamente) entre todos los estamentos implicados en el servicio de urgencias.
- O. Mejor información a los pacientes (disminución quejas – reclamaciones)
- P. Mejora de la calidad de la gestión del Servicio de Urgencias.
- Q. Para los SUH, el triaje ha significado un replanteamiento del Modelo Asistencial, donde el triaje es el primer paso fundamental en el inicio de la asistencia de los pacientes e implica un cambio organizativo filosófico, estructural y profesional en el SUH para una mejora cualitativa en la asistencia de los pacientes de nuestros SUH.

C. MEJORA PROFESIONAL

- A. Aumento de personal de Enfermería
- B. El Modelo ha ampliado los aspectos organizativos que la enfermera del SUH realiza, para mejorar y facilitar el triaje.
- C. El PAT es una herramienta de docencia para las enfermeras que se incorporan al servicio
- D. Formación y motivación en personal de enfermería
- E. Para enfermería, el modelo de triaje pretende: evitar riesgos, atender e informar personalmente, mejorar la calidad de atención al usuario, detectar circuitos internos y derivaciones erróneas, iniciar la informatización de una parte del proceso de la atención, regular la organización del flujo asistencial y prever y optimizar mejor los recursos
- F. Satisfacción de los profesionales, especialmente de enfermería y médicos de urgencias.

2.- DIFICULTADES Y RESISTENCIAS OBSERVADAS

A. RESISTENCIAS AL CAMBIO

- A. Aceptar la nueva distribución de visitas por especialidad según el nivel de consulta (“antes esto yo no lo visitaba y ahora me toca visitarlo a mi...”). Esta situación afecta especialmente a las especialidades de Medicina y Cirugía. **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE**

- B. Al principio entre médicos de urgencias y enfermería de triaje, ya que con el triaje se pasa la responsabilidad del proceso asistencial inicial a enfermería, con lo que los facultativos (no implicados en este cambio) perdían su poder. **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE Y EL LIDERAZGO**
- C. Cuestionamiento de los médicos sobre la asignación de los niveles. **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE, EL LIDERAZGO Y LA FORMACIÓN DE TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL**
- D. De entrada ha sido recibido con escepticismo por el personal de enfermería, cuestionando sobre todo su validez legal a la hora de seguir alguno de los puntos del modelo (toma de constantes vitales o signos vitales, etc.), pero vamos aclarando conceptos gracias a la asesoramiento y la formación. **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA**
- E. En la actualidad sólo por alguna especialidad que se considera perseguida por el control de su "consulta externa urgente". **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE Y EL LIDERAZGO**
- F. La dificultad para que los médicos hagan el triaje en la zona de críticos, al recibir ellos en esa área las ambulancias medicalizadas (la mayoría niveles I y II). **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE Y EL LIDERAZGO**
- G. La principal resistencia en nuestro caso ha sido la **oposición del personal de enfermería a asumir este rol**. **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE Y LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA**
- H. Modificar algunas actuaciones asistenciales por la no aceptación del sistema (especialmente por parte de especialistas...) y mejorar los registros de la documentación asistencial. **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE Y EL LIDERAZGO**
- I. Resistencia en fase inicial al cambio propuesto (seguido de progresiva, pero rápida, adherencia al modelo). **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE**
- J. Resistencias de una pequeña parte del personal médico a aceptar el nuevo sistema. **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE Y LA FORMACIÓN DE TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL**
- K. Resistencias inherentes a todo cambio organizativo. Uno de los aspectos positivos ante la resistencia al cambio fue la participación del personal a cursos de formación, hecho que modificó la conducta de aquellos profesionales, una vez conocieron el sistema. **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE Y LA FORMACIÓN DE TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL**

B. DIFICULTADES DE CUMPLIMENTACIÓN

- A. Con el servicio saturado es más difícil (no se encuentran con ánimo) de hacer revaloraciones (pacientes agresivos, después de dos horas, se ha de decir al nivel x que han de seguir esperando, etc.).

SOLUCIÓN: IMPLEMENTAR FORMACIÓN EN MANEJO DE SITUACIONES DIFICILES

- B. Consensuar y garantizar el cumplimiento de las normas de funcionamiento del triaje. **SOLUCIÓN: POTENCIAR LA COMISIÓN DE TRIAJE, EL LIDERAZGO, LA FORMACIÓN DE TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL Y LA AUDITORIA DE CALIDAD**
- C. Demoras en el triaje: El análisis de este problema ha detectado, como principales causas, las siguientes: Falta de un segundo punto adicional de triaje a “horas punta” (11h-14h y 17h-20h). Sobresaturación del Servicio de Urgencias por epidemia gripal (enero). Este problema obliga la puesta en marcha de acciones de mejora organizativa. **SOLUCIÓN: ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN**
- D. Dificultad de conseguir que se reevalúen los pacientes en los tiempos que determina el modelo. **SOLUCIÓN: ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN Y FORMACIÓN EN MANEJO DE SITUACIONES DIFICILES**
- E. Incorporar un sistema de trabajo nuevo coincidiendo con la elevada ocupación de camas del hospital y con la época de epidemia gripal. **SOLUCIÓN: ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN**
- F. La saturación del servicio (generalmente falta de camas) hace que los tiempos asignados a los diferentes niveles no se cumplan y esto desanima al personal. **SOLUCIÓN: AUDITORIAS DEL SISTEMA Y SOLUCIÓN: ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN**
- G. Reevaluaciones: el porcentaje de reevaluaciones realizadas de acuerdo con los estándares recomendados por la SCMU están por debajo del nivel deseado. El análisis de los motivos han mostrado dificultades por la sobresaturación del área de medicina y cirugía debido a la epidemia gripal y la falta de recursos humanos necesarios para hacer frente a tal demanda. Este problema fue evaluado en una reunión o consenso realizado en Terrassa entre todos los Hospitales con el MAT implantado. **SOLUCIÓN: AUDITORIAS DEL SISTEMA Y ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN**
- H. Triaje de traumatología: el web_e-PAT v3.1 comportó un cierto enlentecimiento del triaje por visitas leves de trauma, hecho que parece ser ha mejorado con el cambio de los algoritmos de decisión en la nueva versión incorporada web e-PAT v3.2, aunque tendría que ser mejorada. **SOLUCIÓN: MEJORA CONTINUA DEL web_e-PAT**

C. DIFICULTADES DE IMPLANTACIÓN

- A. Ausencia de contacto para consultar triajes dudosos u otros problemas. **SOLUCIÓN: POTENCIACIÓN DE FOROS DE DISCUSIÓN Y ASESORAMIENTO DE EXPERTOS**
- B. Conseguir los incrementos de personal necesarios para implantar el sistema con los requerimientos de personal recomendados.

SOLUCIÓN: ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN.

- C. Derivadas de haber realizado la formación por etapas (coexisten profesionales que saben qué es y para qué sirve con otros que saben poco y por tanto pueden llamar antes para entrar un paciente nivel IV que un paciente nivel II, etc.) y de no valorar en su justa medida qué es triaje y lo qué es falta de drenaje, entre otros... **SOLUCIÓN: MEJORA GENERAL DEL SISTEMA DE FORMACIÓN DE INSTRUCTORES Y ALUMNOS**
- D. Dificultades de interpretación de algunos aspectos del PAT. **SOLUCIÓN: POTENCIACIÓN DE FOROS DE DISCUSIÓN Y ASESORAMIENTO DE EXPERTOS**
- E. En el último mes nos han retirado el PAC (que hace las veces de sala rápida) por la mañana, aunque estamos en negociaciones para que se vuelva a reabrir. **SOLUCIÓN: AUDITORIAS DEL SISTEMA Y ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN.**
- F. La presión asistencial de este último invierno, que ha provocado la apertura de diversos espacios asistenciales no previstos, con lo que el personal asignado en principio para triaje nocturno, se ha tenido que dedicar a tareas asistenciales. **SOLUCIÓN: AUDITORIAS DEL SISTEMA Y ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN.**
- G. No ha acompañado la estructura física (solucionada para el futuro servicio). **SOLUCIÓN: ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN**
- H. Nos hemos enfrentado y nos enfrentamos, aún hoy, a serios problemas estructurales (espacio) de difícil solución. **SOLUCIÓN: ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN**
- I. Problemas de interpretación del PAT sobre todo en pediatría. **SOLUCIÓN: POTENCIACIÓN DE FOROS DE DISCUSIÓN Y ASESORAMIENTO DE EXPERTOS Y MEJORA CONTINUA DEL web_e-PAT**
- J. Problemas informáticos por lentitud de la red. **SOLUCIÓN: MEJORA DE LOS SISTEMA DE INFORMACIÓN**
- K. Seguimos en **situación precaria en cuanto a la asignación de personal** (no hacemos triaje por la noche porque todavía no se ha contratado al personal de enfermería que se había pactado). **SOLUCIÓN: ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN**
- L. Sin duda el principal es el déficit en informatización que aún padecemos que hace que no tengamos ninguna información sobre la gestión de nuestra asistencia. **SOLUCIÓN: MEJORA DE LOS SISTEMA DE INFORMACIÓN**

3.- ASPECTOS A MEJORAR EN SU SERVICIO EN BASE A LAS RECOMENDACIONES DEL MAT/SET

A. MEJORAS EN LA IMPLANTACIÓN

- A. Acreditación “real” del personal de enfermería ya formado y con más de 1 año de experiencia haciendo bien el triaje.
- B. Ajuste de plantilla a las necesidades que marca el SET
- C. Informatización: Hay un 10% de pérdidas de pacientes valorados por el MAT debido a los paros informáticos para la realización de copias de seguridad de las bases de datos del sistema informático del Hospital.
- D. Mejora de los sistemas de información e informatización.
- E. Mejora en las reevaluaciones periódicas
- F. Mejora en la reevaluaciones: Hemos iniciado un cambio en el tema de las reevaluaciones, valorando de manera preferente los grados III y acelerando la visita de los grados II. En los grados IV se informa al paciente que nos avise en caso de cambio de su situación, y los grados V intentamos derivarlos desde el triaje a los CAP.
- G. Respeto laboral al triaje por parte de la dirección, ya que habitualmente cuando hay una baja imprevista una de las dos enfermeras de triaje o la nocturna (sólo hay una) es la que suele cubrir su ausencia,

B. POTENCIACIÓN DE ASPECTOS MEJORABLES DETECTADOS

- A. Aprovechar todavía más la información que proporciona para gestionar el servicio de urgencias y aumentar la calidad de la asistencia prestada
- B. Potenciar la formación continuada de los profesionales usuarios
- C. Mejorar la dimensionalidad humana del servicio
- D. Potenciar la formación al personal que se incorpora para el uso adecuado del PAT
- E. Mejorar la estructura física
- F. Estructurar la reevaluación de enfermería
- G. Estudiar la implantación de segundo punto de triaje al menos en horas “punta”.
- H. Estudiar si se puede incluir algunos grados IV como potencialmente derivables al CAP.
- I. Hacer triaje avanzado, que creemos que facilitará la visita de los pacientes y su espera.
- J. Insistir en la importancia de las reevaluaciones
- K. Mejorar en los tiempos de asistencia
- L. Potenciar las salas rápidas
- M. Reforzar la formación en materia de información a pacientes y familiares.