

La organización de la cadena asistencial urgente en España o la búsqueda de los eslabones perdidos

FRANCISCO JAVIER MONTERO PÉREZ

Facultativo Servicio de Urgencias. Hospital Universitario "Reina Sofía". Córdoba, España.

La cadena asistencial urgente en España es en la actualidad una mera quimera. Constituida por una serie de eslabones que son básicamente los puntos de atención continuada extrahospitalarios (PAC), los Equipos de Emergencia Sanitarios (EMS) y los Servicios de Urgencias de los hospitales (SUH), tiene el importante cometido de asegurar de una manera ágil, efectiva, eficiente, y con la calidad debida, la asistencia sanitaria urgente de nuestros ciudadanos. Estos eslabones, para su óptimo funcionamiento, tienen que estar debidamente engarzados y engranados. Pero en nuestro país, en la práctica, la cadena asistencial urgente es un ente abstracto con un amplísimo margen de mejora debido a múltiples factores¹. Así, tienen por sí mismos y entre ellos diferentes modelos organizativos, diferentes dependencias administrativas, diferentes planes funcionales, diferentes sistemas de información (no entrelazados entre sí frecuentemente) y... "diferentes diferencias" que marcan su heterogeneidad reiteradamente descrita en la literatura^{2,3}. Además, el eslabón que recibe la mayor presión asistencial, el SUH, está frecuentemente colapsado, proporcionalmente más por factores externos aunque también por determinantes intrínsecos.

Pero para este panorama, un tanto desolador aunque no desesperanzador, existen soluciones. Y la integración de los diferentes eslabones que interactúan en esta cadena asistencial urgente, que por sí misma constituye un nivel asistencial diferenciado, es una de ellas. En este número de EMERGENCIAS García Bermejo et al.⁴ hacen una valoración de un modelo de gestión integral de las diferentes áreas de urgencias de un Departamento de Salud con el SUH y los PAC de Atención Primaria, incluyendo un novedoso eslabón, el

centro de salud integrado (CSI). Además, en su modelo incluyen elementos actuales en los SUH del S. XXI como un sistema estructurado de triaje, la consulta de rápida resolución y la informatización de los sistemas de información. Entre los resultados obtenidos, destaca la disminución de la frecuentación al SUH de un 30% a expensas de la capacidad resolutoria del CSI. Esto demuestra que la integración de los servicios asistenciales urgentes conlleva al menos una más adecuada redistribución de la demanda asistencial. En nuestro actual sistema de salud las deficiencias de cada uno de los eslabones asistenciales urgentes, dependientes de distintas Administraciones, son minimizadas o matizadas frecuentemente atribuyendo al eslabón contiguo la causa de las mismas. Así, se observa cómo gran parte de la frecuentación de los SUH (hasta 40% con niveles bajos de prioridad⁵) corresponde a problemas de salud que podrían ser resueltos en el ámbito de la atención primaria de salud, en sus consultas estándar, o en los PAC. De hecho el CSI del estudio de García Bermejo et al.⁴ no es ni más ni menos, lo que debería ser, en cuanto a dotación de recursos y capacidad resolutoria, cualquier centro de salud o al menos los PAC. De otra manera, la habitual saturación y sobrecapacidad de los SUH no tiene solución y cada vez necesitaríamos SUH más dimensionados no sólo estructuralmente sino de dotación de recursos materiales y humanos, no sólo para tratar problemas de salud urgentes y emergentes, sino para seguir siendo en parte auténticos "centros de salud hospitalarios con demora 0". Y ello, en detrimento de la capacidad clínica de los médicos de atención primaria (actualmente ya con un período de formación MIR incrementado en un año), cada vez más inmersos

CORRESPONDENCIA: F. Javier Montero Pérez. C/Gutiérrez de los Ríos 26. 14002 Córdoba, España. E-mail: javiermonteroperez@wanadoo.es

FECHA DE RECEPCIÓN: 8-1-2008. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 14-1-2008.

CONFLICTO DE INTERÉS: Ninguno.

en la ejecución de programas de salud con escaso impacto en la salud de la población y en una labor burocrática que ocupa una importante proporción de su tiempo asistencial⁶.

El eslabón de la cadena asistencial urgente en el que desembocan la mayor parte de los procesos asistenciales es el SUH. Para la población general, el SUH es el paradigma de la saturación, el colapso, el caos. A pesar de ello no parece que eso sea factor limitante de la frecuentación como demuestra el incremento progresivo de la misma³ en nuestro país y en otros muchos⁷. Por otra parte, aunque tanto la gran frecuentación y la inadecuación de los recursos de los SUH para asumirla (con deficientes servicios de apoyo al diagnóstico de urgencias que originan demoras⁷, plantillas desajustadas, excesiva dependencia asistencial de los médicos en formación en su mayoría noveles, etc.^{8,9}) son importantes factores que inciden sobre los SUH, hay factores externos que parecen contribuir en mayor proporción a explicar las situaciones de colapso o saturación de los SUH³. Y es que en estas situaciones, más que un bloqueo de entrada existe un bloqueo a la salida de los pacientes, con largas permanencias de los pacientes en el SUH fundamentalmente en espera de ingreso, para la que paradójicamente se les ha buscado soluciones de supervivencia (como si de ritmo de escape en un bloqueo A-V se tratara) desde dentro de los SUH y no desde fuera, que sería lo juicioso y razonable. En este sentido, Sánchez et al.³ publican en este número de EMERGENCIAS una excelente revisión de los cambios organizativos de los SUH¹⁰ y de las alternativas a la hospitalización, bien dependientes o no del propio SUH, que se han realizado buscando soluciones, ninguna de las cuales evidentemente ha sido exitosa, a pesar de que prácticamente todas conllevan un costoso incremento de recursos. Esos infructuosos esfuerzos realizados por la Administración Sanitaria no representan más que el reflejo de que para los gestores sanitarios la causa del problema se atribuye a deficiencias del propio SUH y no a una inadecuada planificación de los recursos del propio hospital. Independientemente de que el SUH es el embudo que recoge buena parte de las ineficiencias del sistema sanitario y a donde el ciudadano se dirige en busca de soluciones, que frecuentemente encuentra (si no, no acudiría masivamente como lo hace), el colapso o saturación del SUH es un problema del hospital, no del SUH. Una adecuada planificación de los ingresos programados (es paradójico que coincidan los picos de demanda asistencial urgente con los picos de actividad programada de los hospitales), una adecuada ges-

ción de las consultas externas, una planificación de la dotación de camas para los ingresos urgentes, perfectamente previsibles o programables¹¹ paliaría en gran medida la situación de minicatatástrofe diaria que sufren los SUH.

La lucha diaria por la supervivencia en los SUH tiene un alto coste que no debería ser ignorado. Además de comprometer la calidad asistencial¹², repercute de forma directa en el elemento más importante de todo Servicio: el elemento humano, su personal. Además de influir en su efectividad y eficiencia, la sensación continua de frustración que sufre frecuentemente el personal sanitario de los SUH, hace que el trabajo diario se transforme en una carga difícilmente soportable, que repercute claramente en su calidad de vida y que impide el desarrollo científico técnico de los profesionales y del propio Servicio. A pesar de ello, el hecho de sobrevivir indica una vez más que "la voluntad todo lo puede", eslogan de nuestro reciente Congreso Nacional. También es de destacar que esta paradigmática imagen de caos no contribuye en nada a despertar vocaciones entre los estudiantes y médicos noveles que tienen vocación por la medicina de urgencias, pero que por cuestión de planteamientos personales y profesionales no acepten estar continuamente sobreviviendo. Esto puede comprometer el recambio generacional y provocar saltos generacionales de profesionales en los SUH que en nada contribuirían hacia su mejora continua y progreso.

El futuro de los SUH, el futuro del sistema de atención médica urgente y el futuro de la cadena asistencial urgente en España pasan por intervenciones en distintos ámbitos (profesionales, académicos, institucionales) que, partiendo de la inexcusable creación de la especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias constituyan un cuerpo doctrinal que de una vez por todas salga del *powerpoint* y de la letra impresa y se constituya en una realidad que haga que el complejo engranaje de la organización asistencial urgente deje de chirriar y funcione de una manera ágil, efectiva y con la calidad percibida que, no sólo los ciudadanos, sino también nuestros supervivientes profesionales sanitarios esperan y demandan.

No sólo es cuestión de adaptación, y mucho menos de supervivencia. Es cuestión de plantearse seriamente de una vez por todas la estrategia encaminada a consolidar una Medicina de Urgencias y Emergencias en España no superviviente, sino debidamente estructurada y dotada y que permita a sus profesionales "vivir y progresar". Continuemos, pues, la búsqueda de los eslabones perdidos.

Bibliografía

- 1 Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006;20:485-95.
- 2 Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (I): descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias* 2000;12:226-36.
- 3 Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias* 2008;20:48-53.
- 4 García Bermejo P, Mínguez Platero J, Ruíz López JL, Millán Soria J, Trescoli Serrano C, Tarazona Ginés E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con Atención Primaria. *Emergencias* 2008;20:8-14.
- 5 Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003;15:165-74.
- 6 Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Proyecto AP21. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Disponible en www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf. Consultado 11 de Enero de 2008.
- 7 Sieck S. The evolution of a new standard of hospital care. Paradigm shift to the emergency department and the role of point-of-care testing. *Point of Care* 2006;5:2-5.
- 8 Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (II): actividad asistencial, docente e investigadora. *Emergencias* 2000;12:237-47.
- 9 Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (III): recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de urgencias. *Emergencias* 2000;12:248-58.
- 10 Taylor D McD, Bennett DM, Cameron PA. A paradigm shift in the nature of care provision in emergency departments. *Emerg Med J* 2004;21:681-4.
- 11 Miró O, Salgado E, Bragulat E, et al. Estimación de la actividad en urgencias y su relación con la provisión de camas de hospitalización. *Med Clin (Barc)* 2006;127:736-9.
- 12 Miró O, Salgado E, Bragulat E, et al. Repercusión de la falta de camas de hospitalización en la actividad de un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2006;126:736-9.