

# La Urgencia

Dres. Miguel Martínez Almoina\* y María Luisa González\*\*

## Urgencias médicas: fenómeno sociológico

¿Qué es una "situación de urgencia"? Es un estado excepcional donde se tienen que hacer cosas extraordinarias y a veces prohibidas.

En casos de crisis donde está amenazado un país, la autoridad política suele declarar el "estado de excepción o de urgencia". Esta decisión es siempre peligrosa porque suprime las libertades constitucionales del ciudadano, deja sin poder al político y éste queda en manos de las fuerzas represivas (el ejército). La "situación de urgencia" es la "fuerza mayor" invocada para autorizar o justificar lo prohibido, lo peligroso: utilizar el fuego contra el fuego, amputar para salvar, etc.

La urgencia es una situación crítica de aparición imprevista que obliga a poner rápidamente en marcha actitudes o acciones prioritarias y remedios excepcionales para estabilizar la situación.

## La eclosión de las urgencias médicas en la sociedad postindustrial. Cambio del comportamiento de la sociedad ante el tiempo y la enfermedad

Las urgencias médicas están en continua expansión durante estos últimos años y constituye un tema conflictivo entre profesionales, ciudadanos y autoridades.

Las quejas del público al sentirse mal atendido en los servicios de urgencia de los hospitales, han desencadenado encuestas oficiales de políticos y de los representantes de los ciudadanos como el Defensor del Pueblo en España o el Conseil Economique et Social francés. Estas encuestas critican a los administradores y profesionales sanitarios sobre su incapacidad para satisfacer la demanda de asistencia ciudadana, pero pecan por la superficialidad del análisis del fenómeno causal y en el de las razones de los conflictos entre los cuatro protagonistas: los ciudadanos, las autoridades políticas, los servicios de seguridad y los servicios sanitarios.

La "inflación" (desequilibrio asistencial oferta/demanda) de las demandas de atención médica urgente es particularmente importante en las zonas urbanas que por otra parte son las más "medicalizadas" en los países más avanzados. Parece tratarse de un fenómeno sociológico nuevo que marca la entrada en la era postindustrial y de la urbanización.

La demanda asistencial de los servicios de urgencia aumenta aún más rápidamente que la demanda general.

El incremento de la demanda médica que alarma a los responsables sanitarios, no es explicable por un aumento progresivo de la patología, sino por la expansión social de la medicina. La curva de la demanda de los servicios de urgencias es sensiblemente ascendente. Si se llegase a definir esa variable, la pendiente de su ascensión sería alrededor de 500% en 10 años (basado en datos de la ciudad de París recogidos por BAJOS).

## Causas sociales que pueden explicar la inflación de la demanda de atención médica urgente

Las causas de la eclosión de la demanda en zonas urbanas son múltiples y se imbrican entre ellas en sus efectos inflacionistas.

\* Maitre des Conférences des Universités. Médecin Spécialiste des Hôpitaux. SAMU de París.

\*\* Médico Coordinador del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) de la Generalitat de Catalunya. Médico del Servicio de Urgencias del Hospital Sagrado Corazón de Barcelona. Subdirector Médico de M.D. Emergency. Barcelona.

**Los cambios sociales y la medicalización de la vida cotidiana.** Los continuos cambios de la economía actual son factores de inestabilidad social generadores de ansiedad continua que el individuo tiende a somatizar inconscientemente o no. Esto provoca un incremento de la demanda de atención médica porque existe una buena, aunque teórica, protección social, una mejor y progresiva educación sanitaria y una progresiva medicalización general del sistema social: el aumento del consumo médico repercute en la demanda de atención urgente.

Pero hay que tener en cuenta que esta inestabilidad económica también genera excluidos o marginados sociales, en un estado de precariedad tercermundista, que no tienen acceso a la atención médica ni tan siquiera social, si no es a través de la vía de los servicios de urgencia hospitalarios. La situación de estos individuos es alarmante porque el individuo no puede curarse, vive en la calle, no come, etc., y cuando llega a un estado tan deplorable que es motivo de escándalo social, ésta lo excluye dejándolo en la calle para que el sistema policial existente lo solucione transportándolo al servicio de urgencias del hospital. La sociedad encarga, involucrando al hospital, la reinserción de estos marginados rechazados por ella, lo que es imposible dado el carácter puramente sanitario de los hospitales. Por tanto, la etiología de la urgencia es la precariedad social. Los servicios de urgencia médicos no son eficaces porque no están preparados para un tratamiento de fondo de este tipo de problemas.

**La imagen de la medicina ha cambiado y la figura del antiguo médico de cabecera ha desaparecido.** El menoscabo de la calidad en la relación médico-paciente, que era considerada como la base del sistema de atención primaria, el desplazamiento continuo de la gente del medio donde vive, la urbanización o modo de vivir en las ciudades y, en fin, la decadencia de la familia como grupo sociológico de apoyo, así como de la Iglesia, son factores que conducen a utilizar los servicios de urgencia como substitutivo y soporte personal.

El ciudadano urbano moderno tiende progresivamente a perder la confianza en el Médico de Cabecera o Generalista, a liberarse del médico impuesto que tendría demasiado control sobre él. Prefiere ser atendido por un médico anónimo de los servicios de urgencia al que puede "manejar" mejor.

La disminución de la calidad asistencial en la visita domiciliar y la de los dispensarios, ha favorecido el que los pacientes acudan a los servicios de urgencia de los hospitales sobre todo en España y Francia, donde no es obligatorio pasar previamente por la visita al médico de atención primaria antes de visitar a los especialistas, como ocurre en Inglaterra.

**Los progresos y mejor organización de la medicina extrahospitalaria han hecho posible lo que en otros**

**tiempos era inimaginable.** Los progresos de la medicina permiten hoy poder salvar a la gente en la calle, al posibilitar la salida del médico hospitalario fuera del hospital y demostrar la eficacia de los servicios de socorro, aumenta la credibilidad en una medicina tecnificada y especializada capaz de "resucitar".

**La calidad de la protección social constituye un factor de abuso.** El ciudadano tiene la sensación de que como paga, tiene derecho a que todo sea gratuito y suministrado de inmediato: "Ya que pago, exijo." La solidaridad debe ser de los otros para con él y no a la inversa.

### **Algunas causas psicológicas de la inflación de la demanda médica de urgencia.**

**El tiempo pasa más deprisa para el hombre moderno a quien le gusta la rapidez y no está dispuesto a esperar.**

La velocidad del proceso y la rapidez de la respuesta son exigencias del consumidor moderno. Sólo se encuentra la paciencia en aquellos países con penuria y racionamiento.

La paciencia que tenía el hombre de la sociedad preindustrial, agrícola, pastoril o cazadora desaparece en el occidental urbanizado y consumidor. Hoy, el tiempo "se pierde" cuando "no se hace nada", salvo "tomando el sol en la playa o mirando la televisión". El vivir con prisa y emplear vehículos rápidos está de moda. Siempre parece más largo el tiempo al que espera inmóvil y se soportan mejor las colas si avanzan. El que hoy día tiene poder o dinero utiliza las vías y los procesos más rápidos posibles. Los servicios "express", "fast", "urgentes" son considerados como los mejores.

**Las colas y el racionamiento se han tornado insostenibles.** En las listas de espera de los países democráticos ya no quedan, teóricamente, privilegiados que pasan delante de los otros por "ser más". Sólo queda el atributo de este privilegio para el Dinero o para la Autoridad que tienen el poder de declarar a alguien "urgente o prioritario". En los servicios de urgencia es el médico quien lo decide, ya que distribuye los recursos escasos; por eso las listas de espera son cada día más frecuentes. "Ser urgente" da prioridad en una lista de espera de enfermos.

### **¿Cómo se raciona lo gratuito cuando la demanda sobrepasa a la oferta?**

La "cola de espera" es el resultado de la adaptación del flujo de los que demandan al flujo de los que ofrecen: más esperarán los primeros cuando mayor es su flujo en relación al de los segundos. El que se considera "urgente" utiliza un "corto circuito" a esta resistencia a su avance: "se salta la cola".

El tiempo de espera es un medio implícito, voluntario o no, de racionar el acceso al recurso. El tiempo de espera puede ser el proceso de la cita o, simplemente, el de la cola.

Esta nueva sensibilidad del hombre moderno al flujo del tiempo agrava la demanda del consumidor de servicios de urgencia sobre todo si no tiene que pagar directamente el productor de estos servicios.

### Elementos de análisis para una sociología de las "urgencias médicas"

¿Qué son el "paciente" y la patología "urgente" para el sociólogo?

El paciente no es únicamente el "enfermo". El enfermo propiamente dicho es el que sufre una patología "interna", la de los médicos, en contraposición a la que se podría llamar "externa", la de los cirujanos o traumatólogos.

El loco, el "insano", el que hay que "encerrar", "alienar". Es el primer paciente de la historia al que se le catalogó como "urgente", porque su comportamiento provocaba escándalo y miedo. Su problema no era médico, sino posesión demoníaca. Su tratamiento "social" consistía en hacerlo desaparecer, encarcelándolo o quemándolo, si al exorcizarlo no curaba.

El accidentado-traumatizado es un paciente que tiene también un estatus muy especial por tener una etiología traumática, lo que supone una intervención "jurídica", y porque tiene un aspecto particularmente desagradable, axiógeno para sus conciudadanos: yace en el suelo ensangrentado y deformado. El público asistente o presente exige que "se lo lleven" rápidamente fuera de la vista, porque su presencia origina la angustia de la propia muerte.

La mujer embarazada o que se sospecha que lo está y que presente cualquier problema, es considerada por el público como una enferma siempre "urgente". Estar "en estado" es, desde siempre, un tabú, angustia al ciudadano, sobre todo si el hombre debido al parto-nacimiento ansiógeno que puede ocurrir. Es evidente que el tabú de las "reglas" o de la "mujer encinta" tan arraigado en nuestra sociedad está desapareciendo debido a las imágenes publicitarias y al consumismo del embarazo, de la sexualidad, de la ropa interior, desodorantes, protecciones íntimas, etc.

### Los grados de urgencia son grados de prioridad para utilizar los recursos. ¿Hay patologías o pacientes prioritarios en la urgencia?

Algunas patologías son más importantes que otras. La patología "externa" sigue siendo, en la jerarquía médica hospitalaria, de nivel inferior al de la medicina "interna".

En este mismo sentido, la patología psiquiátrica o gineco-obstétrica tiene un estatus aún más bajo. En cambio, es curioso que los pacientes que necesitan la atención de estas "especialidades", gozan de una cierta prioridad, en la urgencia, sobre el "enfermo" propiamente dicho. Entre los enfermos, existen también escalones: el anciano, el alcohólico o el drogadicto están "desacreditados" como enfermos: se tiende a "dificultarles" el socorro y el acceso a la atención médica y al estatus de "enfermo".

### ¿La prioridad de la urgencia está condicionada por su etiología y/o ecología?

La etiología de un paciente urgente o las circunstancias del accidente que provocó la urgencia atribuyen una connotación dramática y apremiante de demanda de socorro. Es siempre más urgente todo lo que pasa en la calle, en público, ya que requiere un comportamiento específico diferente del que necesitaría si ocurriese en privado o en el propio domicilio.

### Lo que es grave no significa que sea urgente y lo urgente no necesariamente es grave

El grado de la urgencia no depende sólo del factor de gravedad técnico y médico, depende de un potente factor social. El miedo, el escándalo público, el valor social del individuo o de su patología son algunos de los subfactores de lo que llamaremos más adelante la Valencia Social de la Urgencia.

### ¿Es la muerte la urgencia más extrema?: Médicamente la muerte no es una situación de gravedad y por tanto los ritos del duelo no son urgencias médicas

Para un espíritu crítico es difícil considerar la muerte reciente como un estado patológico o como el síndrome más grave de la patología. Resulta particularmente sorprendente la elasticidad conceptual al respecto en las publicaciones médicas "científicas".

Si nosotros, médicos, hacemos creer al público que "reanimamos a los muertos", hay que temer que sean utilizados los recursos de la urgencia médica para asegurar los rituales de duelo. En otros tiempos, el médico que hubiera pretendido reanimar a su prójimo hubiera perecido en la hoguera, por blasfemo y por pretender mantener a la gente en este valle de lágrimas en vez de facilitarle la salud eterna.

En oposición a la muerte, la agonía o procesos que "rondan" a la muerte pueden considerarse como los síndromes más graves de la patología y, precisamente por éso, beneficiarse de ser tratados intensivamente, de ahí que puedan considerarse urgencias médicas extremas: en ciertos casos, el agónico puede necesitar cuidados intensivos al ser el proceso potencialmente reversible, como ocurre

en situaciones de “parada cardíaca” que se beneficia de la reanimación cardiopulmonar, o de parada respiratoria o de sofocación completa, etc.

Si la evolución del paciente es inexorable hacia la muerte, éste puede necesitar también cuidados intensivos médicos, como ocurre en el caso, muy raro, de la “cesárea post-mortem” a la madre muerta, para salvar al hijo; o por ser posible “donante de órganos”, etc.

### Otra razón del desorden que reina en la atención médica urgente: la inestabilidad conceptual de la urgencia médica en el propio saber médico

Los sociólogos consideran que todas las representaciones de la realidad del individuo son construcciones puramente sociales. Dos tipos de representaciones de la realidad nos interesan aquí: los **conceptos** que son estructuras construídas para organizar el pensar “teórico” científico y las **representaciones sociales** que son estructuras espontáneas elaboradas para el pensamiento “práctico” y la “vida corriente”.

La Medicina, sin ser una verdadera Ciencia, sino una Técnica derivada de varias Ciencias y de un Saber Empírico, su Taxonomía no es Científica. Poro tener, en el área de lo urgente, ni léxico definido, ni representaciones sociales comunes ni incluso conceptos científicos, reina un caos impresionante. En una de las más serias y autorizadas tipologías médicas como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, se denota una heterogeneidad e inconsistencia de la clasificación, que llama la atención, particularmente en lo que concierne a las “Urgencias”. Otros defectos de la nosología de las urgencias es la confusión frecuente entre signo y síndrome (por ejemplo: Paro respiratorio-síndrome y Apnea-signo) y la homonimia entre síndromes diferentes: por ejemplo, el “síncope” con sentido diferente para el Neurólogo y el Cardiólogo; el “paro cardíaco” o la “muerte súbita” con diferentes definiciones bastante alejadas una de otra y, por fin, el gran contingente de términos grecolatinos mal adaptados, por ejemplo, “asfixia” quiere decir ausencia de pulso. También se aprecian contradicciones como: “coma vigil”, etc.

Existen por lo menos tres conceptos detrás del término “enfermedad” que se aprecian mejor utilizando la terminología inglesa:

El **estado de enfermedad subjetivo**, “malestar” o “sentirse enfermo”. Así lo explica el paciente. Se denomina “illness” en inglés.

“Illness” se opone, en la lengua de Shakespeare, a “disease” que es el **nombre de la enfermedad biológico y objetivo**, utilizado por el Experto-Profesional-Médico.

El tercer término en inglés, “sickness”, define el **estatus social de excepción** que viene dado por el “sentirse o estar enfermo”.

Ya dijimos más arriba que lo grave no es forzosamente urgente y que lo urgente no es forzosamente lo grave. Se

supone que el “experto de la medicina”, el “médico”, es capaz de cuantificar la “gravedad” de un estado patológico y establecer un pronóstico evolutivo o del “tiempo de evolución”. Tenemos que reconocer que hoy en día esta capacidad es muy limitada. Solamente la **patología de rápida evolución** es lo que consideramos “urgente”, por **definición: aquella situación que se agrava tan rápidamente hacia la muerte que el paciente no puede ni esperar a que llegue la hora de “apertura normal” de los servicios médicos, ni hacer cola para ser tratado. La gravedad y la rapidez de evolución son dos factores de lo urgente. El tercer factor implícito viene dado por los factores técnicos que dan prioridad temporal en la utilización de los recursos excepcionales. Tendremos que inventar unidades de medida de estos factores si queremos evaluar técnicamente la urgencia médica.**

Pero existe otro factor, es el “valor extratécnico”, aportado por la sociedad. Cuando es fuerte este factor, viene a explicarse considerando situaciones como “lo que no es grave” “puede ser muy urgente”, es decir “muy prioritario” en la atribución de recursos-tiempo. Surgen así cuatro conceptos en la representación social de la urgencia, con definiciones aún inciertas, pero que nos permiten elaborar un esquema estructural de cuatro factores: la **gravedad**, el **tiempo**, los **recursos excepcionales** y el **valor social**. Denominaremos a este último valor, **valencia social**.

### Propuesta de fórmula para clasificar las urgencias médicas

Para facilitar el concepto y una representación social más elaborada, creamos un esquema estructural con el objetivo pragmático de clasificar las urgencias cuando se presentan en competencia unas con otras. Vimos que la cuantificación de la urgencia puede medirse teniendo en cuenta cuatro variables: la gravedad médica objetiva, los tiempos, los recursos y la valencia social. Nos falta establecer las unidades para medir estas variables:

$$(U) = (G) \cdot (T) \cdot (R) \cdot (V)$$

( ) = Cantidad de...

• = Factor de...

U = Urgencia, grado de prioridad.

G = Gravedad objetiva evaluada por el médico/ Vulnerabilidad del individuo.

T = Tiempos evolutivos de la patología/Tiempos necesarios para las soluciones y tratamientos.

R = Recursos necesarios/Recursos disponibles.

V = Valencia social del individuo, de la etiología y de la ecología del acontecimiento. Costo de los recursos.

El hecho de clasificar el nivel de una urgencia con factores que no son estrictamente fisiopatológicos puede

parecer un atentado contra la ética médica clásica. En realidad la ética no es más que un instrumento para el bien común que debe evolucionar. En este caso no podemos quedarnos con la simple y solemne afirmación del médico de "tratar a todos por igual", que se nos antoja fariseica, teórica y pernicioso. La Ética Médica está basada en cuatro principios: 1) respeto de la autonomía del paciente; 2) constituir un beneficio; 3) no perjudicar y 4) ser justo. Los cuatro deben ser respetados, si son alcanzables. La situación de urgencia, en ningún caso, no debe ser razón para olvidarlos.

### **Clasificar: método obligatorio para atender las urgencias**

Los usuarios de un servicio de urgencias deben de ser clasificados inmediatamente con arreglo a prioridades, por un profesional y no esperar mezclados en una cola de espera. La clasificación objetiva, explícita, formalizada o triage inicial es una de las mejoras posibles de nuestros servicios de urgencia. Es la misión también de los SAMU (Servicios de Atención Médica Urgente) o CICUM (Centros de Información y Coordinación de las Urgencias Médicas) por vía telefónica que podrían constituir un paso obligado en la atención sanitaria a las urgencias médicas en el futuro.

### **Las dos misiones forzosamente conflictivas de los servicios de urgencia**

Los servicios de urgencias son los servicios de atención sanitaria "rápida" abiertos día y noche, que tienen dos misiones forzosamente conflictivas:

1. La misión formal de atender a los que necesitan objetivamente esta atención técnica excepcional, es decir, intentar lo posible para solucionar las situaciones críticas que se presenten.

2. La misión informal de responder y tratar la demanda subjetiva de atención sanitaria de los ciudadanos que consultan, con razón o sin ella, fuera de las horas habituales de consulta y evitar así las listas de espera y las colas.

Estamos convencidos de que muchos utilizan los servicios de urgencia para tratar de evitar el racionamiento necesario de acceso gratuito a los servicios médicos. Este racionamiento se traduce en esperas y burocracia.

Para seguir la ética de justicia, el sistema de salud debe protegerse contra el abuso de las demandas que no necesitan atención excepcional. Para eso utiliza implícita, informal y obligatoriamente un comportamiento burocrático y de listas de espera. La imbricación no explicitada de las dos misiones de los servicios de urgencia es una de las causas de conflicto y de insatisfacción de los usuarios y del personal. El racionamiento al acceso de la atención médica primaria de los pacientes sin gravedad en todos los países, obliga a mejorar la etapa del autodiagnóstico del profano

a través de una mejor formación e información. La telemedicina, es decir, la atención médica por la vía de las telecomunicaciones, y una mejor organización, son dos de las soluciones para mejorar la calidad de este racionamiento.

En cuanto a la patología crítica que requiere asistencia intensiva con rapidez, y sobre todo fuera del hospital, estamos seguros de que la gente se dará cuenta, en poco tiempo, de que no puede seguir desatendida por profesionales en casos de emergencia vital. En estos casos no hay que racionar, hay que crear sistemas de profesionales eficaces sectorizados y/o regionalizados.

### **Afluencia de urgencias y planificación de los servicios de urgencia**

Contrariamente a lo que se piensa habitualmente, las urgencias que se presentan en un hospital son previsibles de la misma forma que es previsible el caudal de los ríos. La situación urgente debe dejar de serlo en el momento que entra en un servicio de urgencias bien organizado. La presencia de una situación de urgencia para un servicio de urgencias, no debería darse nunca, ya que incluso la "urgencia de las urgencias" debe estar prevista y tener preparada su rutina asistencial, de la misma forma que se preven hoy las inundaciones de los ríos, etc.

### **Los conflictos de poder entre los diferentes servicios de urgencia**

Es evidente el conflicto de poderes existentes entre los tres protagonistas de la urgencia: ciudadanos, autoridades de mantenimiento del orden y médicos, en el caso de la urgencia médica al suponer ésta una situación crítica en la que no se aplican las normas habituales. En los últimos decenios, la implementación desordenada de servicios de urgencias médico-sanitarios y de servicios de seguridad pública a demanda del ciudadano, desencadenaron y desencadenan conflictos de poder entre ellos. Estos conflictos, aunque sean negados por los propios protagonistas, son particularmente intensos y costosos para la comunidad.

Otros conflictos nacen también forzosamente cuando las autoridades utilizan el sistema médico sanitario de los servicios de urgencia para resolver problemas que no son de su incumbencia, desde el punto de vista ético, profesional o social. Por ejemplo, obtener información sobre el ciudadano, utilizar el sistema sanitario para resolver problemas puramente sociales, fomentar la desigualdad de acceso a la atención médica, resolución de problemas médicos sin profesionales de la medicina, etc.

### **¿Rechazan los médicos la urgencia médica por falta de alicientes?**

El carácter aleatorio de la urgencia es un factor de desorden. El hecho de que la urgencia sobrevenga, por definición, "fuera del horario normal" fatiga a los que la

asisten más que el trabajo normal y si a ello le sumamos la pingüe ganancia suplementaria, en el sentido más amplio de la aseveración, nos daremos cuenta de que este tipo de trabajo está infravalorado.

Los médicos que hoy se dedican a las urgencias tienen un perfil psicológico específico, son “activistas” atraídos por las sensaciones ambiguas que proporciona el luchar contra su propia ansiedad de la muerte. Son médicos relacionados con especialidades que viven de cerca la muerte y los cuidados intensivos; especialidades aún no bien reconocidas por sus análogas (anestesiólogos, intensivistas, etc) que fueron pioneros en este nuevo campo de la atención médica. El “poder social” que cada día pone más de manifiesto el manejo de la urgencia médica, es uno de los alicientes que están emergiendo y que pueden cambiar mucho la actitud de los facultativos hacia esta práctica de la Medicina; constituye otro signo importante de la expansión del valor social de la urgencia.

### **Patología laboral del personal de los servicios de urgencia: posible causa de conflictos y de la calidad de la asistencia**

La demora y espera asistencial no justificada a los pacientes son el origen de impaciencias y agresividad en los servicios de urgencia.

Esta agresividad genera agresividad en los profesionales ya de por sí irritables a causa de la ansiedad y fatiga física propias de este tipo de trabajo. Los conflictos agravan el estrés propio del trabajo en un servicio de urgencias. Este estrés es debido a la incertidumbre continua, al grado de intensidad de las frustraciones, a la ambigüedad ansiógena del combate contra la muerte, sin disponer de ningún tipo de prevención psicológica ni ergonómica, ni estímulo personal suficiente. El personal de este tipo de servicios es candidato a padecer el “Síndrome de endurecimiento” o Burn Out, síndrome contagioso y endémico que puede destrozar la calidad de las prestaciones de un servicio de urgencias, además de la propia salud física y social del profesional e incluso afectar a su núcleo familiar.

El personal al “quemarse” pierde su capacidad de empatía para con sus pacientes y para con sus propios compañeros, que entonces lo rechazan, y así se va cerrando el círculo vicioso de la deshumanización. Prevenir y tratar este síndrome endémico en nuestros servicios de urgencia implica una organización del trabajo y de nuestra actividad profesional.

### **¿Racionalizar o racional el acceso a los servicios de urgencia?**

Es previsiblemente evidente que el coste de la sanidad no podrá incrementarse en el futuro al ritmo que lo viene haciendo en los últimos tiempos, como sucede en Francia, por ejemplo, ya que estamos llegando a un nivel casi insoportable para el ciudadano. La eclosión actual de la

demanda de servicios de urgencia llega a la saturación sin que exista una razón epidemiológica.

Creemos que es el momento de proponer soluciones de racionamiento y racionalización como las siguientes:

1) **Hacer participar al beneficiario en el coste de su “urgencia”**: es lo que se viene haciendo en sistemas como Europ Assistance, MIC o el sistema que acaba de ser inaugurado en Barcelona, M.D.Emergency, donde el ciudadano se autoasegura para tener derecho a una atención urgente de primera calidad, que el sistema público no puede y, quizás, no debe ofrecer. Constituye un aliciente para el sistema público.

2) **Desplazar recursos sanitarios a partir de otra parte del sistema hospitalario-sanitario hacia la de los servicios de urgencia médicos**. El problema en este caso es el de saber quién debe pagar: de ahí los conflictos entre las instituciones locales (ayuntamientos), regionales (autonomías) o nacionales (impuestos, Seguridad Social, Protección Civil, etc.) para financiar estos servicios.

3) **Aumentar la eficacia de lo que existe**, organizándolo mejor y regulando o racionando equitativamente la demanda de la mejor manera posible (participación al coste, disminución del número de centros de atención de las urgencias, utilización de las telecomunicaciones y de los transportes ambulancieros y UVI móviles, implementación de la regulación tele-médica de los CICUM, etc.).

### **Algunas propuestas para definir y organizar las urgencias médicas**

#### **Urgencia Médica (UM)**

La urgencia médica es una patología real o pretendidamente real que es declarada urgente y provoca la **demanda de atención inmediata por un servicio médico de una manera apremiante**. Las razones de la demanda de la situación a la vez de “enfermo” y de “urgente” son fisiopatológicas y/o sociopsicológicas, pero que no amenazan ni la vida, ni ninguna función fisiológica ni a la comunidad durante la hora subsiguiente. Pueden incluirse en esta definición las demandas de consulta sin citación previa y fuera de las horas normales de funcionamiento de las consultas.

La **necesidad** de atención urgente o urgencia médica debe ser valorada por un profesional y se podrían considerar dos tipos:

a) **Demanda justificada o necesidad de atención médica sin cita a domicilio**, en consultorio o en hospital. La gestión de las citas rápidas, la de los transportes por ambulancia y la clasificación de la prioridad en las listas de espera, podrían resolverse a través de sistemas telefónicos como los CICUM-SAMU y de las Enfermeras de clasificación de los hospitales o de los consultorios.

b) **La necesidad de intervención de una unidad de cuidados intensivos móviles** puede decidirse en ciertos casos para este tipo de atención.

### La Emergencia Médica Vital (EMV)

Una emergencia médica vital supone la existencia de una patología que exige un diagnóstico, una vigilancia y un tratamiento a nivel de cuidados intensivos médico durante la hora que sigue al inicio de la sintomatología. Estas patologías deben ser atendidas en el servicio de urgencias hospitalario y en otros lugares. De estos lugares parten unidades de cuidados intensivos móviles.

#### Servicios de Urgencias Médicos

A pesar de que la Constitución y las leyes sanitarias de nuestros países exigen que la atención de este tipo de patología funcione en los hospitales y fuera de ellos, y que se apliquen los principios éticos fundamentales y los derechos del paciente, la realidad no es así.

El sistema sanitario del SAMU francés, cuando llegue a su óptimo nivel, nos parece que puede constituir una norma básica exigible en un país moderno democrático. Es un servicio médico que depende de Sanidad y que aplica la ética médica integral y la normativa profesional.

Tiene tres tipos de servicios integrados regionalmente:

1) Centros de información y coordinación de las urgencias (CICUM o SAMU) accesibles a través de un número de teléfono nacional, el 15, "regulados" por un médico que reparte los recursos de urgencia de su región.

2) Tres niveles de atención sanitaria móvil: a) Ambulancias básicas de transporte sanitario con profesionales ambulancieros; b) Médicos generalistas móviles; c) Unidades móviles de cuidados intensivos médicos.

3) Servicios de urgencia permanentes en el hospital y en los consultorios.

#### La Emergencia Social (Individual) (ES)

Se entiende como tal a una crisis aguda que amenaza la vida social del individuo o de la comunidad sin que exista problema relativo a la patología médica que exija un diagnóstico, una vigilancia o un tratamiento con procedimientos excepcionales aplicados por un profesional del ámbito político, jurídico o social de nivel decisonal, todo ello comprendido dentro de la hora que sigue al inicio del problema.

Se podría pensar en acoplar al CICUM o al SAMU un sistema similar para resolver también la urgencia social.

Por imponderables de espacio, no podemos extendernos más, pero queremos dejar constancia de la experiencia belga, en Charleroi, sobre este nuevo tipo de urgencia que emerge en nuestra sociedad.

### Bibliografía

1. CARO BAROJA, J. *Palabra: sombra equívoca*. Tusquets Ed. Barcelona. 1989; 1 Vol.: 168P.
2. EL DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑOL. *Investigación en relación con los Servicios de Urgencia*. Defensor del Pueblo. Ed. Madrid. 1989; 1 Vol.: 113P.
3. STEG, A. *Rapport au Conseil Economique et Social sur l'Urgence Médicale*. Conseil Economique et Social. Ed. Paris. 1984; 1 Vol.: 194 P.
4. BAJOS N. GILBERT C. GONDI F. MARTINEZ ALMOYNA M. *Organisation de l'Aide Médicale Urgente: esquisse d'une comparai-*

*son entre le système New Yorkais et le système Parisien*. L'Hôpital à Paris. 1989; 109 P. 25-29.

5. BAJOS N. *Les systèmes d'intervention Médicale d'Urgence à Paris*. Mémoire de Maîtrise de Sociologie. 1984; 1 Vol.: 145 P.

6. MORGAN M. *The Doctor Patient Relationship*. Op. Cit. P.67-68.

7. BALINT M. *The Doctor, his patient and the Illness*. Int. Univ. Press Ed. NY. 1975; 1 Vol.: P.

8. ALBERONI F. VECA S. *Altruismo moral*. Ediciones B. Barcelona. 1989; 1 Vol.: 160 P.

9. FOUCAULT M. *Histoire de la Folie à l'age classique*. Gallimard Ed. Paris. 1972; 1 Vol.: 583 P.

10. GOFFMAN E. *Asiles*. Minuit Ed. Paris. 1975; 1 Vol.: 450 P.

11. BITTNER E. *Police discretion in apprehending the mental ill*. Social problems. 1967; 14: P. 278-292.

12. MOREL P. QUETEL C. *Les medecines de la folie*. Hachette Ed. Paris. 1985; 1 Vol.: 287 P.

13. IBÁÑEZ GRACIA T. (ED.) *Ideologías de la vida cotidiana*. Sendai Pub. Barcelona. 1988; 1 Vol.: 326 P.

14. CORBIN A. *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social du 18ème et 19ème siècles*. Flammarion Ed. 1986; 1 Vol.: 337 P.

15. VIGARELLO G. *Le propre et le sale. L'hygiene du corps depuis le Moyen Age*. Seuil Ed. Paris. 1987; 287 P.

16. DARMON P. *Le mythe de la procréation à l'age barroque*. Seuil Ed. Paris. 1981; 285 P.

17. McKINLAY JB. *The sick role, illness and pregnancy*. Social science and Medicine. 1972; 6: P. 561-572.

18. HERN WH. *The illness parameters of pregnancy*. Social science and medicine. 1975; 9: P. 365-372.

19. FOUCAULT M. *Naissance de la Clinique, une archéologie du regard médical*. PUF Ed. Paris. 1 Vol.: P.

20. ILLICH I. *Limits of Medicine. Medical Nemeses*. Penguin Ed. Harmondsworth. 1977; 1 Vol.: 290 P.

21. FREIDSON E. *La Profession Médicale*. Payot Ed. Paris. 1984; 1 Vol.: 370 P.

22. HERZLICH C. PIERRET J. *Malades d'Hier*. Payot Ed. Paris. 1984; 296 P.

23. ARIES E. *L'Homme devant la mort*. Seuil Ed. Paris. 2 Vol.: 340 y 340 P.

24. VOVELLE M. *Mourir autrefois*. Gallimard Ed. Paris. 251 P.

25. THOMAS LV. *Anthrologie de la mort*. Payot Ed. Paris. 538 P.

26. ELIADE M. *Le Mythe de l'eternel retour*. Gallimard Ed. Paris. 1979; 1 Vol.: 198 P.

27. THOMAS LV. *Rites de mort. Pour la paix des vivants*. Fayard Ed. Paris. 1985; 1 Vol.: 295 P.

28. BERGER P. LUCKMAN T. *La construction Sociale de la réalité*. Meridiens Klincksieck Ed. Paris. 1986; 1 Vol.: 289 P.

29. IBÁÑEZ GARCIA T. *Representaciones Sociales teoría y métodos*, en IBÁÑEZ GRACIA T. (ED.). *Ideologías de la vida cotidiana*. Sendai Pub. Barcelona. 1988; P. 14-90.

30. GREENBERG HM. DWYER EM. *Sudden Coronary Death*. Ann. NY. Acad. Sciences Ed. NY. 1982; 1 Vol.: 484 P.

31. FITZPATRICK RM. *Health and Illness as social concepts*. in PATRICK DL. SCAMBLER G. *Sociology as applied to medicine*. Baillière Textbooks. London. 1986; P. 3-40.

32. TOWNSEND P. DAVIDSON N. WHITEHEAD M. *Inequalities in health*. Penguin Ed. Harmondsworth. 1988; 1 Vol.: 400 P.

33. ZEMPLINI A. *Quelques problèmes de méthode en psychopathologie africaine*, in *Une Anthropologie médicale en France?* CNRS Ed. Paris. P. 23-28.

34. ZOLA I. *Pathways to the doctor: from person to the patient*. Soc. Sci. Med. 1973; 7: P. 677-689.

35. BEAUCHAMP T. CHILDRESS J. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press Ed. Oxford. 1983; 1 Vol.: P.

36. GILLON R. CARMENA RODRIGUEZ R. *Problemas éticos de la medicina moderna*, in (48) P. 19-24.

37. DEL NOGAL SAEZ F. MARTINEZ ALMOYNA M. *Les Urgences Médicales à Madrid. Expérience de l'Hôpital Severo Ochoa du tri et de la gestion des files d'attente des patients*. L'Hôpital à Paris. 1989; 109: P. 31-33.

38. JUAREZ ALONSO S. FERNANDEZ CAPITAN MC. ESCOBAR ALVAREZ Y. *Planificación y funcionamiento de un Servicio de Urgencia*, in *Manual de Urgencias Médicas*. Ministerio Sanidad Consumo Ed. Madrid. 1988; P. 547-559.

39. BALINT M. *Le medecin, le malade et la maladie*. Payot Ed. Paris. 1980; 1 Vol.: 430 P.

40. PARSONS T. *The Social System*. Routledge and Kegan Ed. NY. 1951; 1 Vol.: P

41. FREIDSON E. *Dilemmas in the doctor patient relationship*, in COX C. MEAD A. *A Sociology of medical practice*. Collier MacMillan Ed. London. 1970.

42. MORGAN M. *The Doctor Patient relationship*, in PATRICK DL. SCAMBLER G. *Sociology as applied to medicine*. Baillères Textbooks Ed. London. 1988; P. 56-70.

43. WORSLEY P. (Ed.) *The New Introducing Sociology. Health, Illness and Medicine*. P. 197-237.

44. DELUMEAU J. *Rassurer et Protéger. Le Sentiment de Sécurité dans l'Occident d'Autrefois*. Fayard Ed. Paris. 1989; 1 Vol.: 667 P.

45. CHERNISS C. *Staff Burnout. Job Stress in the Human Services*. Sage Pub. Ed. Beverly Hills. 1987; 1 Vol.: 200 P.

46. GIRAULT N. *Stress, Burnout et Coping en médecine d'urgence*. Univ. R. Descartes Ed. 1989; 1 Vol.: 237 P.