

SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: EN EL CENTRO DEL HURACAN

F. Sanz Ortega, A. Bajo Bajo, R. Borrás Beato, G. Fernández Pérez,
A. García Pérez, K. Thomson Okatsu, N. Zapico Alvarez
S. de Urgencias. Hospital Clínico (Complejo Hospitalario). Salamanca

El funcionamiento de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (S.U.H.) se ha convertido en un tópico cuando se quiere expresar la masificación, el caos¹, la confusión, el desorden, etc. de los servicios públicos de Sanidad.

Es raro el día en que los medios de comunicación no ofrecen noticias, siempre desagradables, sobre algún percance ocurrido en algún S.U.H., noticias que generalmente son más sensacionalistas que analíticas, pecando a menudo de superficialidad y falta de rigor informativo, al no analizar los hechos en todas sus dimensiones.

No les falta sin embargo razón en cuanto que expresan un malestar generalizado sobre el funcionamiento de la Sanidad Pública, malestar que compartimos y generalmente sufrimos, no sólo los usuarios, sino también el personal que dedicamos nuestros esfuerzos a sacar adelante un servicio tan conflictivo como el que estamos tratando.

Hemos de rechazar, en general, la palabra caos que tantas veces se aplica a los SUH en cuanto a su acepción de confusión. Por nuestro conocimiento de SUH de distintos Hospitales de España podemos decir que, excepto casos aislados, en los SUH hay masificación pero no confusión en el sentido de no conocer el estado inicial de cada enfermo merced al ATS o Médico clasificador.

Causas de masificación

Como en toda situación conflictiva seria, las causas que las producen suelen ser múltiples², de forma que no se puede imputar la masificación de los SUH a una sola causa, como tampoco podrían imputarse los accidentes de tráfico a un sólo motivo. ¿Cuáles son los factores que influyen en los SUH para que se encuentren masificados y a veces en situación límite?

Creemos que pueden clasificarse en dos grandes grupos:

a) Factores Intrínsecos, o sea dependientes del propio servicio y b) Factores Extrínsecos, ajenos al propio servicio pero influyendo poderosamente en el mismo. Analicémoslos brevemente.

Factores intrínsecos

Son aquellos que dependen del propio Servicio. Probablemente sean los menos influyentes y los más fáciles de arreglar. De hecho y a raíz de las recomendaciones del Defensor del Pueblo³, se ha notado cierta mejoría en algunos de los SUH vigilados por la alta institución. Entre estos factores intrínsecos podemos destacar:

Escasa consideración hacia los SUH en el plano profesional por parte del resto de Servicios Hospitalarios.

En general se considera que la puerta es un lugar de brega, donde la calidad asistencial no es buena y en donde prácticamente lo que se hace es quitar el lastre para los ingresos adecuados, lo que está muy lejos de la realidad en los momentos actuales.

Ello conlleva a su vez que el SUH se convierta en

Correspondencia: F. Sanz Ortega. Coordinador de Urgencias. H. Clínico (Complejo Hospitalario). Paseo de San Vicente 58-182, 37007 Salamanca.

lugar de «descarga» de pacientes «molestos» (no citados, alterados, etc.) que son remitidos, habitualmente, desde la consulta al SUH.

Esa escasa consideración se nota también en la apatía y desgana con la que los especialistas se presentan en la puerta cuando son llamados a consulta, así como a la demora en acudir a la misma.

Un factor importante en la masificación de la puerta es también la tardanza en recibir los resultados de los Servicios Centrales (Rx y analítica). En general y cuando hay camas libres en el Hospital, puede decirse que la mayor o menor duración de estancia en Urgencias de los pacientes está en función de la mayor o menor tardanza en recibir los resultados complementarios. Cuando el laboratorio y la Rx son centrales y no hay unidades satélites específicas para urgencias la situación suele ser crítica.

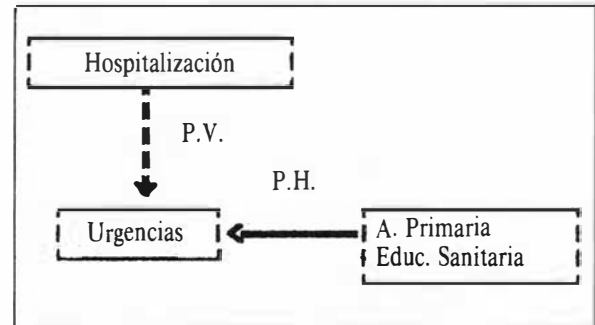
Pero si la consideración hacia las urgencias es escasa entre los especialistas hospitalarios, no cabe duda de que también resulta escasa por parte de la Dirección Hospitalaria. Puede decirse que el SUH es el hermano pobre del Hospital mostrando la Dirección interés por el mismo únicamente en los casos en los que se producen denuncias u otras situaciones límite que ponen en candelero público la gestión hospitalaria.

Esta escasa consideración de la Dirección se traduce fundamentalmente en una considerable cicatería en las dotaciones de personal sanitario (Médicos, ATS, Auxiliares, etc.) y no sanitarios (Celadores fundamentalmente) así como en la dotación para obras de infraestructura. En general, puede decirse que hay dinero y plantilla para especialidades «de relumbrón» y no lo hay para los SUH pese a que éstos son la tarjeta de visita que el hospital ofrece a los usuarios y el servicio de mayor demanda asistencial.

Otro factor intrínseco es la falta de uniformidad en cuanto a competencias en el manejo de los pacientes de los SUH. Cada uno en función de su situación, dotación, estructura física, tiene sus propios reglamentos de actuación y no existe una uniformidad en las conductas a seguir con determinados pacientes. Hay SUH que tienen, por ejemplo, competencia para ingresar directamente cualquier tipo de paciente, mientras que otros por el contrario deben contar con el asentimiento del especialista de guardia de presencia física correspondiente.

Finalmente destacar que por sus características propias los SUH se convierten en lugares de depósito para personas «molestas», que lo que menos necesitan es atención médica. Son frecuentes las visitas a Urgencias de las fuerzas de seguridad que nos traen intoxi-

TABLA 1. Factores Extrínsecos



P.V.: Presión vertical.
P.H.: Presión Horizontal.

caciones étlicas, mendigos, vagabundos, etc. con las que se encuentran en la calle en situación lamentable pero a los que los SUH difícilmente pueden dar solución a su problema. Destacar también la afluencia de personas de tercera y cuarta edad traídos por sus familiares en épocas de vacaciones sobre todo estivales cuando los familiares senectos que viven con la familia se convierten en un estorbo a la hora de tomar vacaciones. Esta situación, absolutamente increíble en una sociedad que se denomina avanzada, ha sido denunciada múltiples veces, prácticamente todos los años, desde diversos SUH de distintas partes de la geografía española demostrando el alto grado de deshumanización al que se está llegando y la falta de cariño y respeto a nuestros mayores, considerados más como estorbo que como personas a las que debemos el mayor respeto.

Factores Extrínsecos

El SUH puede considerarse como una unidad que, aparte de los problemas inherentes a su propia estructura, está sometido a dos fuerzas de presión que inciden de manera contundente sobre él: la presión horizontal y la presión vertical (Tabla 1).

La *presión vertical* es la que produce el resto del hospital sobre el SUH, fundamentalmente en función de la escasez de camas libres para efectuar ingresos desde la urgencia. La ocupación de camas de agudos por enfermos crónicos, por la casi total ausencia de hospitales de cuidados mínimos o de crónicos, hace que las estancias sean más prolongadas de lo debido. Ello implica que muchos pacientes tengan que permanecer en Urgencias⁴, a veces, durante días, a la espera de poder obtener cama en una planta, la cual, a su vez, también quedará ocupada largo tiempo al ser la edad me-

dia de los pacientes que vienen a Urgencias bastante elevada y no poder derivarlos a instituciones más adecuadas para su patología y edad. Puede decirse que la presión vertical es el factor que produce, si no más trabajo, si más angustia en el personal de puerta puesto que no pueden canalizar los pacientes que les llegan y una vez atendidos no saben donde ubicarlos, produciéndose de esta forma un obstáculo considerable en el flujo asistencial que, si en general, debe ser fluido, en los SUH deben serlo aún más. La creación de hospitales de crónicos o de cuidados mínimos sería la solución adecuada a este problema, aunque por lo que se ve, no parece objetivo prioritario en el punto de mira de la actual política sanitaria.

La *presión horizontal* es la que producen el resto de elementos sanitarios extrahospitalarios así como la ciudadanía en su conjunto. Es la que produce el elevado número de consultas en los SUH, la mayor parte de los cuales no pueden considerarse ni como urgentes ni como adecuados ^{5, 6, 7}.

Esta presión horizontal la forman a su vez dos elementos claramente diferenciados:

a) Deficiente organización de la atención primaria ^{8, 9}

b) Deficiente utilización por parte de los usuarios.

La Atención Primaria debe ser la base sobre la que se asiente la inmensa mayoría de la atención sanitaria del país. Sin embargo su desarrollo actual es deficiente. No cabe duda que los centros de salud han representado un considerable avance, pero su desarrollo (apenas afecta al 50 % de la población) es insuficiente y parece que lo va a ser durante algunos años.

Además los centros de salud se encuentran muchas veces mal dotados de medios humanos y técnicos, dándose la paradoja de que cuando tienen material suficiente no se utiliza por falta de preparación del personal a cargo del cual está. Hemos tenido ocasión de comprobar en centros de salud rurales aparatos de ECG embalados como el primer día al cabo de un año de tenerlos en el centro al no saber utilizarlos y no digamos nada de los espirógrafos digitales con los que cuentan algunos centros de salud ¹⁰.

Por otra parte existe una excesiva burocratización en la atención sanitaria que conduce a esperas prolongadas, a sustituciones médicas continuadas, etc. lo que produce una pérdida de confianza tanto en el sistema sanitario como en el propio facultativo de cabecera.

La cobertura generalizada, por centros de salud, a los que se dote adecuadamente de personal cualificado y medios técnicos suficientes (y no creemos que espirógrafos digitales sean un medio técnico adecuado

para un centro de salud) así como el reciclaje continuado de dicho personal puede ser un paso adelante favorecedor de la mejoría en la atención primaria, la descarga de los centros hospitalarios y por lo tanto de la sanidad global del país.

Pero no solamente debe achacarse a defectos de la sanidad la sobrecarga de los SUH. La sociedad tiene también su parte de responsabilidad.

No podemos pensar que la sociedad actual esté más enferma ahora que hace 30 años. Sin lugar a dudas lo que ocurre es que ahora se «consume» más sanidad y esto, que en principio no es malo, comienza a serlo cuando se añade una absoluta falta de educación sanitaria y de solidaridad ciudadana ¹¹. La sociedad actual exige una medicina rápida, sin demoras, esperas, citas previas, etc. (lo que denominamos «prêt a porter» sanitario) en la que en el mismo acto médico se historie, explore, analice, radiografie, etc. y ello sólo puede hacerse en los SUH. Incluso el ciudadano exige las pruebas a realizar (todos hemos tenido la experiencia del enfermo exigiendo la realización del TAC, RMN, etc. ante patologías que consideramos banales). La sociedad actual ha mitificado la medicina tecnológica y difícilmente queda satisfecha de la atención médica si no se le realizan gran cantidad de pruebas complementarias. No confía en el médico que hace la historia y explora con manos, ojos, oídos y fonendo. Necesita toda la parafernalia tecnológica para considerar que se le ha atendido con la suficiente calidad, y esto no significa más que una absoluta falta de educación sanitaria de la que probablemente no tiene toda la culpa.

Si a esta falta de educación sanitaria, que se debe adquirir desde la escuela, se añade la absoluta falta de solidaridad actual en la que lo propio prima sobre todo lo demás, se comprende mejor la demanda excesiva y a veces exigente de los SUH, demandas injustificadas que cierran un círculo vicioso de insolidaridad al tenerse que desviar medios humanos y técnicos hacia la atención no urgente que podrían emplearse en una mejor atención a otros enfermos que sí lo requirieran.

No queremos extendernos más. Sabemos que quedan fuera algunos factores importantes a considerar, como es la comodidad de utilización y acceso por parte de los pacientes, o la comodidad de expedición de P-10 por algunos colegas, o la utilización de las urgencias hospitalarias como corto-circuitos de las listas de espera, etc.

La mayor dotación humana, tecnológica y estructural de los SUH ¹², la creación de hospitales de cuida-

dos mínimos o de crónicos, la educación sanitaria de la población, la extensión de la cobertura asistencial de la población por centros de salud con periódicos reciclajes de su personal son algunas de las soluciones que, ensambladas entre sí, pueden contribuir a que la asistencia en los SUH sea la más adecuada y no padezcamos la sobrecarga asistencial que actualmente estamos soportando ¹³.

Bibliografía

1. Michan A, Cobo J, Amado A y Juárez S. Caos en los Servicios de Urgencias: algunas soluciones. *Med. Clin. (Barc)* 1991; 796.
2. Sanz F. Vamos a Urgencias. *Estatus*. 1991; 2: 12: 53-56.
3. Defensor del Pueblo: Informe sobre Servicios de Urgencias del sistema sanitario público. Madrid 28-12, 1988.
4. Domínguez A, Sendino A, Michan A, et al. Estudio de la Hospitalización prolongada en Urgencias. Causas, consecuencias y soluciones. Comunicación al IV Congreso Nacional de la SEMES. *Emergencias* 1991; 3: 246.
5. Castillo del M. Muguet J, Bravo J y Cortada L. Estudio del área de urgencias de un H. General. Grado de adecuación de las visitas. *Med. Clin. (Barc)* 1986; 87: 539-542.
6. Muñio A, González VJ, Rodríguez E, et al. Asistencia en un S. de Urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. *Rev. Clin. Esp.* 1988; 182; 7: 374-378.
7. Balarzo X, Pujol R y Grupo Intercomarcal de S. de M. Interna. Estudio multicéntrico de las Urgencias en H. generales básicos de Cataluña. *Med. Clin. (Barc)* 1989; 92: 86-90.
8. Camp Herrero J. Papel de los centros de A. Primaria en la descongestión de los Hospitales. *Med. Clin. (Barc)* 1988; 91: 779-782.
9. Barraca R, Alonso L, Alonso M. et al. Fracaso de la atención urgente en asistencia primaria. *Emergencias* 1989; 1: 29-30.
10. Bliss JB. Primary in the emergency room. High in cost and low quality. *N. Engl. J. Med.* 1982; 306: 998.
11. Urgencias en Salamanca. Aproximación a la situación de los S. de Urgencias del Insalud en la provincia de Salamanca. Propuestas de ordenación y mejora. 1989; 179-181.
12. Lubillo J, Rubio F, Cabrera L, et al. Utilidad de un dispositivo médico de puerta en el S. de Urgencias. *Emergencias*. 1991; 3: 362-365.
13. Juárez S, Michan A, Sendino A, et al. Evolución de la urgencia hospitalaria: ¿una masificación imparable? Comunicación al IV Congreso Nacional de la SEMES. *Emergencias* 1991; 3: 233-234.