

## ATENCIÓN URGENTE: TIEMPO DE ACCIÓN

Las transformaciones experimentadas en la organización sanitaria durante la última década han sido muy importantes, en ocasiones desiguales, y no siempre bien transmitidas tanto a la población como a los profesionales sanitarios. Sirva de ejemplo la incompleta percepción y utilización del nivel de Atención Primaria, pese al esfuerzo realizado, tanto económico como en recursos humanos.

Sin embargo, otros dispositivos como los del nivel de Asistencia Especializada (¿tal vez por el efecto deslumbrante de la alta tecnología hospitalaria?) o los servicios de Atención Urgente hospitalarios y extrahospitalarios (¿tal vez por la eficiencia percibida por pacientes y parientes?) se han visto sobrecargados por una demanda creciente, en ningún caso proporcional a sus previsiones de desarrollo ni a la correspondiente asignación de recursos económicos, dando como resultado una lamentable masificación que es objeto permanente de denuncia por los profesionales dedicados a la atención urgente, los usuarios de los servicios y los medios de comunicación.

Puede afirmarse que la pasada década ha sido, para la Atención Urgente, un tiempo de denuncia y reflexión. Las aportaciones han sido numerosas y desde ámbitos muy diferentes. En esta línea se enmarcan también dos de los trabajos incluidos en este número de «Emergencias»: por un lado, el trabajo de Benayas y cols.<sup>1</sup> pone una vez más de manifiesto la «pandemia» que supone el desbordamiento por sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarios, con sus correspondientes rebotes epidémicos; por otro, en un bien documentado trabajo<sup>2</sup>, Moreno Millán (que en 1988 fuera elegido primer presidente de la SEMES) analiza los múltiples factores que intervienen en el problema y, con su habitual estilo, riguroso y brillante, nos ofrece un documento sólido como punto de partida para reiniciar un debate que debería tener en «Emergencias» su lugar más idóneo.

Después de éstas y otras muchas aportaciones, cabe preguntarse ¿cuál es en realidad el «estado de la cuestión» de la Atención Urgente en España? La respuesta podría incluir afirmaciones ya conocidas como que constituye una vía libre, directa e inmediata de acceso al sistema sanitario, al menos tan eficiente como cualquier otra; que un número equivalente al 50 % de la población hace uso anualmente de esta vía de acceso (aunque esta afirmación debería ser matizada tras el recuento de los «reincidentes habituales»); que la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios tiende a crecer anualmente entre un 2 % y un 10 %, de forma no justificable por razones estrictamente sanitarias; que se atiende de forma urgente a más del 30 % de la población cubierta, pero se ingresa sólo a un escaso 17 % de los pacientes atendidos; que estos ingresos constituyen más del 65 % de los ingresos hospitalarios totales; o que más del 90 % de los pacientes acuden a los servicios de urgencias por decisión propia, sin haber pasado por los filtros previstos en el ámbito extrahospitalario. Muchas de estas afirmaciones pueden encontrarse ya en documentos publicados en los últimos años y que sirvieron de base para el desarrollo que la Atención Urgente en nuestro país<sup>3-9</sup>. ¿Podría entonces afirmarse que poco o nada ha cambiado?

La Ley General de Sanidad de 1986<sup>10</sup> estableció los niveles de Atención Primaria y de Asistencia Especializada, pero omitió hacer referencia a la Atención Urgente, por lo que ésta ha tenido que surgir y desarrollarse en respuesta a una necesidad demandada por los usuarios del Sistema, pero no prevista en su estructura organizativa, adoleciendo de notables deficiencias fruto de la improvisación y la falta de planificación.

Desde 1986 ha transcurrido el tiempo suficiente para saber que el modelo propuesto de «atención continuada», realizada por los equipos de Atención Primaria y por los turnos de guardia de los especialistas

hospitalarios, no es una alternativa real a la Atención Urgente realizada por equipos especializados. Otros países, de los que hemos aprendido e incorporado mucho de lo bueno de nuestro sistema sanitario, llegaron ya hace tiempo (o lo han hecho recientemente) a esa misma conclusión, y sus autoridades han respondido definiendo el modelo de organización más adecuado para la Atención Urgente y la cualificación requerida para sus profesionales.

La reciente publicación del Informe Delphi sobre *Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo del Sistema Sanitario Español*<sup>11</sup>, basado en las opiniones de más de trescientos expertos, abre directamente el camino para el denominado «tercer nivel» de Atención Urgente, al que se hace referencia en el trabajo de Moreno.

Es evidente que el tiempo de reflexión ha concluido y que es tiempo de pasar a la acción. Los «proyectos modulares» (tercer escalón en la implantación de una Atención Urgente integral, tras la existencia de presistemas y la labor de pioneros) han agotado su existencia y es tiempo ya de implantar en todo el país modelos uniformes y eficientes de Atención Urgente que pongan fin a las desigualdades territoriales actualmente existentes e inviertan la actual tendencia de masificación asistencial y deterioro profesional.

En última instancia, estamos abocados a cambios sociales demográficos y económicos que hacen ineludible la implantación de ese nuevo modelo. El ciudadano del siglo XXI (¡para el que sólo faltan cinco años!), teleconsumidor y habitante predominante de ciudades complejas, y con frecuencia violentas, no aceptará modelos «tradicionales» impuestos por sus gobernantes en base a diseños teóricos como el de la «atención continuada», escasamente contrastados y que han fracasado estrepitosamente en su intento de aplicación.

Desde diferentes instancias, a cuya cabeza deben estar los profesionales y, sobre todo, el sentido común, debe iniciarse un proceso de planificación, organización e integración que culmine con el diseño e implantación, en el menor plazo de tiempo posible, del citado modelo de Atención Urgente. A unos y a otros, a gobernantes y a profesionales, nos toca ahora pasar a la acción, y es evidente que la Historia se encargará de pasarnos la oportuna factura.

## Bibliografía

1. Benayas M, Ayerra I, Montoya J, Beranguel A, Cervantes R, Martínez JM. Urgencias hospitalarias: las cifras del abuso. *Emergencias* 1995; 7: 133-137.
2. Moreno E. Atención sanitaria urgente y demanda social: reflexiones sobre la implantación de un modelo de respuesta. *Emergencias* 1995; 7: 108-115.
3. WHO Technical Group. Planning and Organization of Emergency Medical Services. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization, 1981 (EURO Reports and Studies; vol 35).
4. Gil-Robles y Gil-Delgado A. Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 1988.
5. Co-ordinated medical research programme, 1986. Comparative study of the organisation and functioning of emergency medical assistance services. Strasbourg: Council of Europe, 1990.
6. Instituto Nacional de la Salud, Dirección Provincial de Madrid. Análisis de la Urgencia Hospitalaria. Madrid: INSALUD, 1991.
7. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe de la Subcomisión de Urgencias. Madrid, 1991.
8. Grupo de Trabajo Interterritorial de Urgencias Médicas Extrahospitalarias. Asistencia extrahospitalaria a las urgencias médicas: documento de consenso. *Emergencias* 1994; 6: 2-7.
9. Comité Científico de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Medicina de Emergencias en España: documento base. *Emergencias* 1995; 7: 5-12.
10. Giménez FJ. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril). Edición anotada. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
11. Vivas D, Sánchez Ruano E. Informe Delphi. El Sistema Sanitario Español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo. Valencia: M/C/Q Ediciones, 1994.

**J. A. Álvarez Fernández, S. Juárez Alonso,  
M. Velasco Vaquero, M. López Díaz**  
Comité Editorial de «Emergencias»