

Revisión de los estándares de acreditación para los servicios de urgencias de hospitales: a propósito de las jornadas de 48 horas semanales

JOSÉ IGNACIO FLORIDO MANCHEÑO, MILAGROS CAPILLA RONCERO

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla, España.

Antecedentes

En el año 2000 EMERGENCIAS publicó 4 artículos de Montero Pérez et al.¹⁻⁴ analizando la situación de las Urgencias Hospitalarias, que posteriormente sirvieron de fuente para elaborar los Estándares de Acreditación de Centros y Servicios (EACS)⁵ de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Reflexiones sobre los resultados de estos trabajos⁶ tales como "insuficiencia de recursos, insatisfacción del personal y usuarios, gestión inadecuada, o insuficiencia presupuestaria"; concretaban una situación que en muchos centros no ha cambiado, pero en otros se ha deteriorado o se está planteando una reducción de plantilla a pesar de su precariedad manifiesta. Este hecho, que en nuestro centro es ya una realidad, hemos tenido oportunidad de constatarlo en el foro de la Asociación profesional de Médicos de Urgencias de Andalucía (AMURA).

Los EACS recomiendan un número de consultas y de camas o sillones en observación ajustado a la demanda, y establecen el número de facultativos necesario para cubrir estas necesidades en función de horas de trabajo efectivo, al determinar un tiempo asistencial por paciente según la complejidad de cada área. Específicamente, para el área de consultas dice textualmente: "El personal médico en consultas debe estar en número no inferior a un facultativo por cada tres visitas/hora o bien determinarlo en función de la fórmula:

$$\frac{0,37 \times \text{N}^\circ \text{ de asistencias al año}}{\text{Horas de trabajo anual contratadas}}$$

En donde 0,37 horas es el tiempo medio de asistencia médica por enfermo y las horas de trabajo

anual contratadas estará en función de cada institución. Aproximadamente hace falta un médico adjunto por cada 4.000 pacientes asistidos/año".

La Ley 55/2003 de 17 de diciembre del Estatuto Marco⁷ establece que "la duración máxima de los tiempos de trabajo será de 48 h semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral", y la jornada ordinaria se determinará según las normas o acuerdos de los centros. En Andalucía, el Decreto 175/1992 de 29 de septiembre, modificado por el Decreto 553/2004 de 7 de diciembre⁸, establece la jornada ordinaria en 1.540 h para el turno diurno y en 1.483 h para el turno rotatorio.

La conclusión de la fórmula de los EACS coincide con las horas estipuladas para el turno rotatorio, porque 0,37 por 4.000 es equivalente a las 1.483 h especificadas para esta jornada. Con un médico por cada 4.000 pacientes atendidos al año se pueden cubrir las consultas recomendadas en los EACS (Tabla 1), pero con un número superior a las 1.480 horas de trabajo se pierde esta relación y no se pueden cubrir proporcionalmente las consultas.

Desgraciadamente, y a pesar de la evidente escasez de recursos de nuestros Servicios^{1,3,6}, las fórmulas de los EACS pueden ser mal interpretadas, y se están aplicando 2.304 h anuales con el Estatuto Marco como argumento, con unas consecuencias nefastas para nuestros servicios. Aunque la bibliografía es escasa, y el tema es complicado de exponer por sus múltiples implicaciones, nuestra única pretensión es analizar soluciones de una situación que se supone ajustada a estándares y a la legalidad, que puede motivar un grave deterioro asistencial.

CORRESPONDENCIA: José Ignacio Florido Mancheño. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen de Valme. Ctra. de Cádiz, Km. 548,9. 41014 Sevilla. E-mail: jiflorido@telefonica.net

FECHA DE RECEPCIÓN: 25-2-2008. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 17-7-2008.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

Tabla 1. Combinación de consultas para un centro con 120.000 atenciones al año con las pretensiones originales de los EACS* y 48 h semanales por facultativo, con un requerimiento de fines de semana y nocturno del 50%. Se pueden cubrir las 12 consultas recomendadas aplicando los turnos habituales de 7, 17 y 24 h, o combinaciones con turnos de 12 h

Número de consultas por tipo de turnos aplicando la fórmula original de los EACS*						
Nº de consultas recomendadas para 120.000 urgencias atendidas al año (1/10.000) = 12 consultas. Fórmula de EACS*: $0,37 \times 120.000/1.480$ h ó 4.000 Urgencias por facultativo y año = 30 facultativos						
	Tipos de turnos			Distribución		
	Lunes a viernes	Fin de semana	Horas/Semana	Facultativos (48 h/semana)	Lunes a viernes	Fines de semana
Mañanas (7 h)	12		420		Mañana	12
Tardes (7 h)	6		210	30		
Tarde-Noche (17 h)	6		510	(29,75)	Tarde	12
Día completo (24 h)		6	288		Noche	6

*Estándares de Acreditación de Centros y Servicios de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Errores y magnitud del problema

Por la complejidad de los pacientes, el tiempo de asistencia recomendado en observación (0,75 h) es el doble que en consultas (0,37). Aplicar a las fórmulas sólo el coeficiente 0,37 para realizar los cálculos de requerimiento de plantilla, supone un error de al menos el porcentaje de pacientes que ingresen en las áreas observación de cada centro (10-20%). Si aplicamos 2.304 h de trabajo, el error, aislado o añadido, será superior al 30%, como veremos a continuación.

Las 2.304 "horas de trabajo" derivan de contabilizar las 48 h semanales de la jornada máxima del Estatuto Marco descontando 4 semanas de vacaciones al año (48 h x 48 semanas = 2.304 h). El Estatuto Marco explicita la transposición al sector sanitario de las Directivas Europeas 93/104/CE del Consejo y 2000/34/CE del Consejo y Parlamento, relativas a las "disposiciones mínimas para la protección de la seguridad y salud del personal", concretando la Ley como tiempo de trabajo "el período que el personal permanece en el centro, a disposición del mismo y en ejercicio efectivo de su actividad y funciones"⁷. Las 2.304 h no son horas efectivas de trabajo, y si las aplicamos a las fórmulas de los EACS asignando tiempos asistenciales efectivos sin tener en cuenta festivos y horas asistenciales reales, quedarán horas de trabajo y demanda sin cubrir.

Del requerimiento de los EACS de un facultativo por cada 4.000 pacientes al año, hemos pasado a los 6.227, un 56% más, lo que supone al aplicar la fórmula una reducción de una tercera parte de la plantilla para dar respuesta a la misma demanda, y del número de consultas operativas aunque los facultativos realicen las 48 h semanales.

Estos datos podemos concretarlos con un ejemplo real. Si aplicamos la fórmula con las 2.304 h de trabajo a un servicio como el nuestro,

con 120.000 urgencias al año, obtenemos un número de 19 facultativos para las consultas. Los EACS recomiendan "una consulta por cada 10.000 asistencias al año"⁵, 12 consultas en nuestro caso. Con 19 facultativos sólo se pueden cubrir 8 consultas durante el día de lunes a viernes, y 4 de noche y los fines de semana (Tabla 2), y sólo en el supuesto que todos los facultativos realicen ininterrumpidamente 48 h semanales en turnos de 12 y 24 h. El problema se acentúa al utilizar las fórmulas de observación, porque no permite disponer de un facultativo en cada área en los turnos de noche, con el inevitable desgaste derivado de la actividad continua prolongada y la presión por la escasez de recursos.

Este déficit y presión provocan una serie de acontecimientos que van deteriorando progresivamente la calidad asistencial: mayor estrés sobre los facultativos y usuarios, demora en la atención e insatisfacción de los pacientes y familiares que elevan el riesgo laboral y de agresiones, mayor dependencia de residentes, menor filtro de ingresos, masificación y riesgo de errores, huida de facultativos por la presión y falta de expectativas; y cada vez mayor presión en un círculo vicioso. El tiempo asistencial lo absorbe todo, formación, docencia, investigación, conciliación familiar, seguridad, calidad..., son conceptos percibidos como lejanos o inaccesibles. La huida de facultativos sin ser sustituidos ofrece la justificación para dar entrada en observación a especialistas recién formados de otros servicios con un trasfondo claramente económico, y es aprovechado por intereses corporativistas para insistir en un concepto funcional de las urgencias⁹, que impide que gestionemos nuestros propios Servicios en Andalucía y puede limitar las competencias de nuestra futura especialidad si se extiende al resto del Sistema Sanitario, considerando el peso de nuestra administración, la motivación económica, la escasez de personal, y las condiciones laborales.

Tabla 2. Combinación de consultas con las 2.304 "horas anuales contratadas" para un centro con 120.000 atenciones al año y 48 h semanales por facultativo. No se puede cubrir el 33% de las consultas recomendadas aunque se realicen 48 h semanales en turnos de 12 y 24 h

Número de consultas por tipo de turnos aplicando las 2.304 "horas contratadas"							
Nº de consultas recomendadas por EACS* para 120.000 urgencias al año (1/10.000) = 12 consultas Fórmula de EACS* para 2.304 "horas contratadas": $0,37 \times 120.000 / 2.304 \text{ h} = 19$ facultativos							
Turnos	Tipos de turnos			Facultativos (48 h/semana)	Distribución	Distribución	
	Lunes a viernes	Fin de semana	Horas/Semana			Lunes a viernes	Fines de semana
Mañanas (7 h)	8		280		Mañana	8	4
Tardes (7 h)	3		105	19			
Tarde-Noche (17 h)	4		340	(19,1)	Tarde	7	4
Día completo (24 h)		4	192		Noche	4	4
Mañana-Tarde (12 h)	8		480		Mañana	8	4
Noche (12 h)	4		240	19	Tarde	8	4
Día completo (24 h)		4	192		Noche	4	4

*Estándares de Acreditación de Centros y Servicios de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Es necesaria una revisión o puntualización de los estándares que respalde una dotación adecuada de las plantillas y evite la posibilidad de interpretaciones erróneas, intencionadas o no, sin entrar en las repercusiones que puedan derivarse de la ampliación de la jornada semanal que se está debatiendo en el Parlamento Europeo.

Posibilidades para adaptar los estándares

El cálculo de los requerimientos de plantilla debe realizarse en cada área atendiendo a los turnos necesarios para dar cobertura a la demanda según estándares, y plantear estas necesidades con la normativa laboral, y no al revés. Cada área operativa del Servicio deberá disponer de una Unidad Asistencial mínima si pretendemos no depender de residentes para la asistencia directa y que todas las áreas estén siempre cubiertas sin restar efectivos al resto.

En consultas

Para conservar las pretensiones de los EACS, el número de facultativos y de consultas tienen que mantener una proporción adecuada a la demanda. Las pretensiones originales de los EACS en consultas son de 4.000 atenciones al año por facultativo, punto fundamental para poder cubrir las consultas recomendadas. Los cálculos se han ajustado a 48 h semanales por facultativo, hecho discutible, pero nuestro cometido es precisamente analizar esta situación, y se conservan turnos superiores a 12 h porque se incrementarían notablemente los requerimientos.

Actuando sobre los factores de la fórmula, analizamos tres posibilidades:

A. Especificar un número máximo de 4.200

atenciones al año por médico en consultas: Este número se ha obtenido al aplicar las fórmulas con las recomendaciones originales de los EACS en cuanto a la complejidad y al número de consultas, ajustando los turnos necesarios a las 48 h semanales, con un requerimiento nocturno y de fines de semana del 50%. Los resultados son equivalentes a 0,37 h por paciente y 1.554 h de trabajo efectivo atribuibles a cada facultativo ($0,37 \times n^\circ$ asistencias anuales/1.554 h).

B. Modificar el coeficiente 0,37: El coeficiente 0,37 se está aplicando en el contexto de la fórmula a las 2.304 h "contratadas" sin tener en cuenta horas de trabajo efectivo y tiempos no asistenciales necesarios: comer en jornadas prolongadas, las pausas en el trabajo referidas en el Estatuto Marco⁸, las sesiones clínicas, los cambios de turno y de transmisión de la información, los tiempos para la resolución de pacientes de los cambios de turno, los descansos en guardias de 17 ó 24 h, los festivos y los días de libres disposición contabilizados en el cociente como horas efectivas, ni otros tiempos de derecho en el Artículo 17 del Estatuto Marco para ofrecer una asistencia de calidad, como son la docencia, investigación y formación⁸.

Si se aplican a la fórmula las 2.304 h de trabajo anuales, las horas asistenciales efectivas computables a cada médico para poder respetar las recomendaciones de los EACS deben ser como máximo 16,2 h al día. El nuevo coeficiente pasaría a ser 0,55 h ($0,37 \times 24 \text{ h} / 16,2 \text{ h}$), equivalente a 33 min por paciente. Disminuir su valor supone no cubrir los puestos recomendados o asignar más de 48 h semanales a cada facultativo. Pero, aunque se estén aplicando las 2.304 h, creemos que no deben ser especificadas en la fórmula de los estándares porque derivan de una interpretación errónea de la normativa.

C. Cambiar el denominador de “horas contratadas” por un número máximo de 1.550 horas anuales asistenciales efectivas computables a cada facultativo, en relación a lo comentado anteriormente: $0,37 \times N^\circ$ de asistenciales anuales/1.550 h.

Utilizar la fórmula clásica restando sólo los festivos y días de libre disposición a las 2.304 h anuales no es suficiente, quedan unas 2.190 h, equivalentes a 5.919 urgencias al año por facultativo, y no permiten cubrir mínimamente las necesidades recomendadas en cuanto al número de consultas y de facultativos en cada turno.

En observación

Montero et al, señalaron en su artículo dedicado a observación⁴ que el número de camas era deficitario en el 56% de los servicios, la estancia media mayor de la deseada y que debía potenciarse personal con dedicación exclusiva a este área. Esta diferenciación, en relación a los facultativos, pensamos que no tendrá mucho sentido en un futuro si se consolida la Especialidad, pero resaltamos que la observación de urgencias debe ser atendida siempre por personal de urgencias, por las características de su formación multidisciplinaria y capacidad de priorizar, y en absoluto y de forma general, por otras especialidades que desvirtúen su función dentro del Servicio.

La fórmula recomendada por los EACS para el cálculo de los facultativos necesarios en observación, “ $0,75 \text{ h} \times$ asistenciales en observación al año/horas de trabajo anual contratadas”⁵, no nos parece válida al obtener resultados en la práctica que no cubren las necesidades expuestas ni los turnos necesarios. Por ejemplo, en nuestro caso, a los 6.040 ingresos anuales en observación corresponden 2 ó 3 facultativos según se consideren 2.304 ó 1.480 las “horas contratadas”. Con estos números es imposible aplicar turnos sin restar efectivos a otras áreas, aunque se utilice la media diaria de ingresos, el número real de camas, o el recomendado (33 camas).

Creemos más acertado el cálculo por número de pacientes y turnos, porque la atención es continua y difícil de cuantificar dependiendo de las características de cada centro y de los pacientes inestables que habitualmente se encuentren en observación por la disponibilidad de camas en UCI: “El personal médico en la sala de observación de tipo cama debe estar en una relación de un facultativo por cada ocho pacientes y por turno”⁵, y de un facultativo por cada 10 pacientes y turno en observación de tipo sillones.

Siguiendo estas recomendaciones calculamos

el número de turnos necesarios, con una Unidad Asistencial mínima de 6 facultativos para no restar efectivos a otras áreas al aplicar el límite de 48 h semanales, y en relación a la media diaria de pacientes que se encuentren realmente a una o a dos horas que se supongan de máxima ocupación, porque es frecuente la estancia prolongada de pacientes en función de la disponibilidad de camas en planta. En los turnos nocturnos los requerimientos pueden ser menores, pero habría que establecer un límite de pacientes por adjunto y noche para poder ofrecer una asistencia y docencia adecuadas.

Conclusiones a considerar para la revisión de los estándares

La finalidad es dotar adecuadamente a los servicios y evitar la posibilidad de arbitrariedades, y realizar estos cálculos atendiendo a los turnos necesarios para dar cobertura a la demanda según estándares. Subrayamos que hablamos de números ajustados a 48 h semanales por facultativo, discutibles, y fuera del *out-out* de la normativa europea.

En el área de consultas

El personal médico en consultas debe ser determinado por la fórmula:

$$\frac{0,37 \times N^\circ \text{ de Asistenciales al año}}{1.550 \text{ h}}$$

Donde 0,37 h es el tiempo medio de asistencia por enfermo, y el cociente 1.550 h es el número máximo anual de horas asistenciales efectivas computables a cada facultativo atendiendo a las consultas y turnos necesarios. Aproximadamente hace falta un médico adjunto en consultas por cada 4.190 pacientes asistidos al año para este tipo de jornadas.

En las áreas de observación

Con la media diaria real de pacientes, se calculan los turnos necesarios según la relación pacientes por médico y la jornada semanal máxima, entendiendo que en los turnos nocturnos los requerimientos pueden ser menores, pero estableciendo un límite de pacientes por adjunto y noche para asegurar la asistencia y la docencia, que debería ser al menos el 50% del requerimiento diurno.

El servicio debe disponer de personal médico para garantizar la asistencia a no más de 8 pa-

cientes por facultativo y turno en las salas de observación-camas, y no más de 10 pacientes por facultativo y turno en las salas de observación-sillones, calculados según la media diaria de pacientes en horas de máxima ocupación, con una unidad asistencial mínima de 6 facultativos por cada área operativa.

Bibliografía

- 1 Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, 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.
- 2 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.
- 3 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. *Revista Emergencias*. 2000;12:248-58.
- 4 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 (y IV): Áreas de Observación. *Emergencias*. 2000;12:259-68.
- 5 Aljama Alcántara M, López-Andújar Aguiriano L, Fernández-Valderrama Benavides J, Jiménez Murillo L, Tejedor Fernández M, Torres Roldán R. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Estándares de Acreditación de Centros y Servicios. Revisión 1. 19/03/2004.
- 6 Mateos Hernández MA. Los Servicios de Urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2000;12:224.
- 7 LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. BOE 2003; núm. 301:44742-63.
- 8 Decreto 553/2004, de 7 de diciembre, sobre condiciones de trabajo del personal de Centros de Instituciones Sanitarias, B.O.J.A. nº 247 (2004), que modifica Decreto 175/1992, de 29 de septiembre, B.O.J.A. nº 98 (1992).
- 9 Murillo Cabezas F, Herrera Carranza M, Pino Moya E, Muñoz MA, Rodríguez Elvira M, Pérez Torres EI. Ocho años de modelo andaluz de medicina crítica. *Med Intensiva*. 2003;27:240-8.