

Urgencias y Emergencias: conociéndonos mejor

JUAN JORGE GONZÁLEZ ARMENGOL

Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Madrid, España.

En 2014 se cumplen 26 años de la creación de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)¹. La SEMES es una organización de carácter científico fundada en 1987, registrada formalmente al amparo de la Ley General de Asociaciones (Ley 191/1964, de 24 de diciembre), que en la actualidad agrupa de forma voluntaria a 8.300 profesionales de estos servicios en las 17 comunidades autónomas y cuya finalidad, como así consta en sus estatutos², es promover la calidad de la atención a los pacientes, desde el punto de vista técnico, científico, formativo y de gestión, en los sistemas de asistencia a las urgencias y emergencias sanitarias que dan cobertura a toda la población. Por número de socios, la SEMES es la tercera sociedad médica en España, y representa al segundo grupo profesional del sistema sanitario en número, que son los *urgenciólogos*. La SEMES está reconocida y asociada con sus homónimas de la Unión Europea bajo el epígrafe de EUSEM (*European Society for Emergency Medicine*), perteneciente a la UEMS (*Union Européenne Des Médecins Spécialistes*), en la que forma parte de la junta de la Sección de Medicina de Urgencias y Emergencias, y en la IFEM (*International Federation of Emergency Medicine*). Desde su creación, SEMES viene colaborando con todas las instituciones públicas y privadas, universidades, sociedades científicas y asociaciones de pacientes autonómicos y estatales.

El conocimiento científico procede de una investigación crítica de la realidad, con el apoyo del método científico. Una condición necesaria para ello es sentir inquietud que, en el caso de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE), surge de la implicación y el esfuerzo diarios de los profesionales que trabajan en los sistemas de emergencias médicas (SEM) y en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y extrahospitalarios³. En este número de EMERGENCIAS se presentan

seis artículos que nos van a servir para conocer algo mejor la nuestra realidad en España.

Dos de estos artículos proceden de la Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo. En el primero, Martín Reyes *et al.*⁴ analizan los recursos médicos y de enfermería de los SEM y de los centros de coordinación de urgencias (CCU) en España. Es un estudio observacional retrospectivo, realizado en 2009, cuando aún estaba en vigor el Real Decreto de transporte sanitario de 1998 (en la actualidad sustituido por el Real Decreto 836/2012⁵). Este estudio muestra unas dotaciones cuantitativas significativamente diferentes de personal médico y de enfermería asistencial y también de personal regulador entre las comunidades autónomas de España. Esto implica que no existe homogeneidad en cuanto a la dotación de personal en relación con la población atendida. Los autores reflejan la potencial implicación que estas diferencias puedan tener en lo relativo a la gestión, la accesibilidad y la equidad en la asistencia sanitaria urgente a la población española. En el segundo, Arcos González *et al.*⁶ analizan la actividad asistencial de los SEM en España. El diseño del estudio también es observacional retrospectivo, y también en el año 2009. En este caso los autores vuelven a encontrar una importante heterogeneidad en la demanda asistencial de los SEM efectuada a los CCU y en la actividad de las unidades de soporte vital avanzado (USVA), tanto terrestres como aéreas. Las singularidades geográficas, que pueden ser importantes, no explican completamente estas diferencias. Los autores sugieren definir la calidad de los cuidados y la planificación de los recursos de emergencia con indicadores que homogenicen este tipo de prestación. Ambos trabajos, junto a la bibliografía previa referente a estos dispositivos⁷, ponen de manifiesto la necesidad de crear un observatorio de los servicios de emergencias de España.

CORRESPONDENCIA: Juan Jorge González Armengol. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. C/ Profesor Martín Lagos, s/n.28040 Madrid, España. E-mail: jjgarmengol@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 14-1-2014. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 21-1-2014.

CONFLICTO DE INTERESES: El autor declara no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

La siguiente serie de tres trabajos son los estudios SUHCAT 1,2 y 3⁸⁻¹⁰, realizados por la *Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències* (SoCMUE). En ellos realizan un exhaustivo análisis del mapa físico, el mapa funcional y el mapa docente e investigador de los SUH de Cataluña. Están basados en una encuesta de 353 preguntas, realizadas al responsable máximo de cada SUH, entre junio y octubre de 2012. La muestra es muy significativa, ya que en el estudio participaron 79 de los 82 SUH identificados en Cataluña. El trabajo precedente más relevante de estas características que se realizó en España fue llevado a cabo por Montero *et al.* entre 1997 y 1998, que se presentó en una serie de cuatro artículos, también en EMERGENCIAS¹¹.

En el SUHCAT 1, referente al mapa físico, destaca que, aunque la mitad de los SUH en Cataluña fue construida o reformada en los 4 años precedentes al estudio, la cantidad de los espacios asistenciales fue considerada como insuficiente en aproximadamente la mitad. En este sentido, los jefes de servicio sugieren continuar estas reformas, dada la alta prevalencia de atenciones (0,53 por habitante y año). El menor número de atenciones por box de exploración respecto a los trabajos de Montero *et al.* señala el claro ascenso de pacientes complejos con reagudizaciones de enfermedades crónicas, que permanecen más tiempo en los SUH¹². Los autores destacan la escasa adaptabilidad o posibilidades de modificación de la capacidad asistencial de los SUH, especialmente para evitar los casos de saturación. La disponibilidad de exploraciones complementarias fue variable en función de la actividad del SUH y la complejidad del centro, aunque con una tendencia creciente de ecógrafos propios. Se hace énfasis en extender medidas de seguridad y evitar peligro a los profesionales en caso de conflicto, especialmente facilitando estructuralmente la información a familiares y acompañantes de los pacientes. El 16% de las atenciones se realizan en hospitales privados, lo cual demuestra una tendencia creciente de esta prestación en estos centros, con unos estándares de funcionamiento adecuados.

El SUHCAT 2, que hace referencia al mapa funcional de los SUH en Cataluña, muestra que casi un 70% se configuran como servicios. El 77% dispone de un sistema estructurado de *triaje*, realizado por enfermería, que normalmente funciona toda la semana las 24 horas del día. En el 35% de los casos los SUH acogen una base del SEM, especialmente los hospitales públicos de mayor complejidad, y tres cuartas partes de ellos participan en algún código de emergencia. La organización

laboral es diversa, predominando en el caso de los médicos el trabajo a turnos y los modelos mixtos de turnos y guardias. En el caso de los médicos se describen 2.899 puestos de trabajo a jornada completa, aunque sólo la mitad de este tiempo contratado lo realizan médicos con contratos directamente vinculados a urgencias, y casi un 30% de horas de trabajo corresponde a médicos residentes. En el caso de enfermería, hay 2.368 puestos de trabajo a jornada completa. En resumen, los autores concluyen que las características organizativas y funcionales de los SUH en Cataluña y de los profesionales que trabajan en ellos son diversas.

El SUHCAT 3 hace referencia al mapa docente e investigador de los SUH de Cataluña. Se aprecia que menos de una tercera parte de ellos ofrece un tiempo protegido para la formación de sus médicos, y menos de la cuarta parte para la enfermería. Esto contrasta con aquellos países con especialidad de MUE reconocida, en donde es un concepto fuertemente incorporado. La formación continuada, en todas sus dimensiones, es imprescindible para mantener una asistencia de alta calidad. Hay una alta participación de los SUH en la formación de pregrado y postgrado de medicina y enfermería, que contrasta con la relativamente baja participación del personal en las clases impartidas en las diversas facultades. La labor investigadora se concentra en unos pocos centros de excelencia¹³. Los autores concluyen que este aspecto deberá potenciarse en los próximos años.

Los SUH son un punto de la red sanitaria con una elevada actividad asistencial, que en España supone más de 25 millones de atenciones anuales¹⁴. Aunque no completamente, este mapa descriptivo que plantea el estudio SUHCAT es extrapolable al resto de los SUH en España. En cualquier caso, junto al ya mencionado trabajo de Montero *et al.*, es y será de obligada referencia en los próximos años para hablar con un mayor conocimiento de estos dispositivos. Sería deseable una iniciativa similar extendida al resto del Estado.

El sexto trabajo que publica EMERGENCIAS, firmado por Llopis *et al.*¹⁵, recoge los primeros resultados del Proyecto REGICE: un registro de las unidades de corta estancia en España. Es un estudio transversal basado en una encuesta que incluyó a todos los responsables de las UCE de los hospitales españoles en el año 2012. El factor más importante que condiciona la saturación de los SUH es la falta de camas disponibles para el ingreso de los pacientes ubicados en los SUH. Estas unidades existen en el 11% de los hospitales, más del 60% son dependientes de los SUH. Junto a las unidades de observación, las unidades de hospitaliza-

ción a domicilio y las unidades de diagnóstico rápido, las UCE se han consolidado en los últimos años como alternativas eficientes a la hospitalización convencional. Resulta interesante ver la evolución que han tenido y tendrán las UCE, al abordar numerosos procesos que, con un adecuado manejo y en un continuo asistencial, evitan ingresos innecesarios en las unidades de hospitalización convencional.

Además de poner de manifiesto el espectacular desarrollo de los SUH y los SEM en España, un denominador común de estos seis artículos (entre otros) es que ponen de manifiesto una cierta heterogeneidad en cada uno de los resultados que se describen. Es evidente que las diferencias entre territorios y entre las administraciones que en cada uno de ellos gestionan la salud pública juegan un papel en estas diferencias. Como también es evidente que otro factor principal es la no existencia, hasta la actualidad, de una formación reglada específica y unitaria, que en el caso de los médicos debe traducirse lo más inmediateamente posible en la aprobación de la especialidad de MUE¹⁶.

Bibliografía

- 1 Toranzo T. 25 años de SEMES. *Emergencias*. 2013;25:7-8.
- 2 Estatutos de Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (Consultado 15 Enero 2014). Disponible en: http://www.semes.org/area_institucional.php
- 3 Miró O, Sesma J, Burillo-Putze G. La investigación en medicina de urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(Supl.1):215-27.
- 4 Martín Reyes D, Arcos González P, Castro Delgado R. Los recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencias en España. *Emergencias* 2014;26:7-12.
- 5 Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. Madrid: BOE; 2012.
- 6 Arcos González P, Castro Delgado R, Martín Reyes D. La actividad asistencial de los Servicios de Emergencias Médicas en España. *Emergencias*. 2014;26:13-8.
- 7 Pacheco Rodríguez A, Álvarez García A, Hermoso Gadeo FE, Serrano Moraza A. Servicios Médicos de Emergencia Extrahospitalaria en España (II). *Emergencias*. 1998;10:245-54.
- 8 Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (1): Mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.
- 9 Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (2): Mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:35-46.
- 10 Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (3): Mapa docente e investigador de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:47-56.
- 11 Montero FJ, Calderón de la Barca JM, Jiménez L, Berlango A, Fécula 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.
- 12 González-Armengol JJ, Busca Ostolaza P. Estrategia de atención al paciente crónico: papel de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2013;25:343-4.
- 13 Miró O, Valcárcel De La Iglesia MA, Cremades Pallas RM, Burillo-Putze G, Julián Jiménez A, Martín-Sánchez FJ. Producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante el quinquenio 2005-2009 y comparación con el quinquenio 2000-2004. *Emergencias*. 2012;24:164-74.
- 14 Observatorio Nacional del Sistema de Salud. Informe anual de actividad 2011. (Consultado 26 Diciembre 2013). Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnualSNS2011/Informe_anual_SNS_2011.pdf
- 15 Llopis Roca F, Juan Pastor A, Ferré Losa C, Martín Sánchez FJ, Llorens Soriano P, Sempere Montes G, et al, en representación del grupo de colaboradores del proyecto REGICE. Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España: Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias*. 2014;26:57-60.
- 16 González Armengol JJ, Miró Ó, Graham CA. From Spain, to Europe. *Eur J Emerg Med*. 2013;20:373-4.