

La jerarquización de los servicios de urgencias hospitalarios como condición necesaria para la mejora continua

ANTONI JUAN PASTOR¹, SARA MANJÓN DEL SOLAR²

¹Director Asistencial. ²Directora de RRHH. Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Barcelona, España.

Cuando el pasado 9 de octubre de 2014 se publicó en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC) la disposición¹ que incorporaba el acuerdo adoptado por el Consejo de Administración del *Institut Català de la Salut* (ICS) y que daba carta de naturaleza a los servicios formados por facultativos de diferentes especialidades, siempre que se reunieran unas condiciones que más adelante detallaremos, se ponía fin a una larga historia de dudas y de discusiones sobre cómo reconocer una realidad evidente: que los profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) tienen las mismas responsabilidades que cualquier facultativo de otro servicio y que el responsable máximo de este equipo de facultativos desempeña, al menos, las mismas funciones que un jefe de servicio, además de las de coordinador, que son las que se le atribuyen. La realidad es que en los hospitales públicos, independientemente de las comunidades autónomas a las que pertenezcan, las normativas vigentes impedían ese reconocimiento, hasta la publicación de esta orden.

Coordinadores y jefes de los servicios de urgencias hospitalarios en España

Aunque no disponemos de datos oficiales, en el año 2000 se publica el trabajo de Montero *et al.*², en el que se presentan los resultados de una encuesta realizada por correo en 1997 a 340 SUH, con una tasa de respuesta del 56% (190 SUH). En este trabajo se pone de manifiesto que el 92% de los SUH tienen un responsable específico y que en un 52,3% de casos éste es un coordinador. Sólo un 29,3% son jefes de servicio. Por otro lado, de los 190 hospitales encues-

tados, el 63,7% afirman tener una dotación de profesionales suficiente para desarrollar la atención urgente, aunque paradójicamente los hospitales de mayor nivel son los más deficitarios. El perfil de estos profesionales es en el 56% médicos generales y en un 21% médicos de familia. En cuanto al perfil profesional del responsable del SUH en un 31% de casos es un médico generalista, en un 29,9 % especialista en medicina interna, en 17,2% de medicina intensiva, en el 12,6% de Medicina Familiar y Comunitaria, y en un 9,2% la formación es de otras especialidades. Hay que tener en cuenta que de los 190 hospitales encuestados sólo 35 son de referencia.

Los resultados de una encuesta más reciente (2012) encargada por la Sociedad Catalana de Urgencias y Emergencias³ continúan mostrando una realidad que está lejos de ser óptima. De los 82 hospitales en Cataluña que disponen de servicio de urgencias activo las 24 horas del día, 79 (96%) contestaron a la encuesta. De éstos, 55 son de uso público (70%) y 24 de uso privado (30%). Las respuestas de los participantes indican que en el 69,6% de los casos se organizan como un servicio y en un 53,2% el responsable es jefe de servicio, frente a un 29,1%, en los que el responsable es un coordinador. Igualmente sólo el 63,3% de los responsables de los SUH consideraban que tenía profesionales suficientes, teniendo en cuenta que es esta una apreciación subjetiva que no responde a ningún estándar. Sobre la especialidad de procedencia de los profesionales, medicina familiar y comunitaria (24%) era la mayoritaria, seguida de la de medicina interna (16,6%), cirugía ortopédica y traumatología (11%), pediatría (9,7%), en tanto que un 11,3% no tiene una titulación de especialista.

CORRESPONDENCIA: Antoni Juan Pastor. Institut Català de la Salut. Gran Via de les Corts Catalanes, 587. 08007 Barcelona, España.
E-mail: ajuanpastor@gencat.cat

FECHA DE RECEPCIÓN: 17-11-2004. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 19-11-2014.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Los servicios de urgencias hospitalarios del Institut Català de la Salut

El ICS, empresa de titularidad pública, gestiona 8 hospitales y unos 280 equipos de atención primaria en Cataluña. Los 8 hospitales, 6 de los cuales son universitarios, están situados en las cuatro provincias catalanas y se pueden categorizar en terciarios de alta tecnología (Hospital de Vall d'Hebron en Barcelona, Hospital de Bellvitge en L'Hospitalet de Llobregat y Hospital Germans Trias en Pujol en Badalona), regionales de referencia (Hospital Doctor Josep Trueta en Girona, Hospital Arnau de Vilanova en Lleida, Hospital Joan XXIII en Tarragona) y dos hospitales de proximidad, uno de tamaño medio y que dispone de medicina intensiva (Hospital Verge de la Cinta en Tortosa) y otro de menor dimensión pero con un área de influencia directa de cerca de 200.000 habitantes (Hospital Comarcal de Viladecans). En conjunto, en el año 2013 atendieron unas 696.568 urgencias, lo que representa cerca del 20% del total de urgencias hospitalarias de Cataluña, con una distribución que se puede apreciar en la Figura 1. Hay que tener en cuenta que en el caso del Hospital Universitario Vall d'Hebron, el que atiende un mayor número de urgencias, la complejidad organizativa aumenta al disponer de tres edificios con tres accesos al SUH diferenciados: traumatología, materno-infantil y general. La plantilla de facultativos que dependen directamente del responsable del SUH varía, según los hospitales, entre 14 y 22 profesionales. Por tanto, cuando hablamos del ICS y de sus SUH, nos estamos refiriendo a la mayor empresa proveedora de servicios sanitarios de Cataluña, con hospitales de referencia, con SUH de alta complejidad orga-

nizativa y con un volumen elevado de visitas urgentes.

La organización de sus hospitales está regulada por la orden nº 621 del 18 de noviembre de 1985 publicada el 4 de diciembre del mismo año⁴. Posteriormente en 1987, 1990 y 1992 se realizaron modificaciones parciales. Por tanto, aunque el ICS es un institución de referencia en Cataluña y en España, el marco normativo, al igual que sucede en el resto de comunidades respecto a sus centros de titularidad pública, ha quedado obsoleto. Sólo así se puede explicar que los SUH de los hospitales públicos españoles no estén jerarquizados. Pero eso no sólo afecta a hospitales públicos, sino también a otros que, por extensión, tienen estructuras organizativas frágiles en los SUH, con cambios frecuentes de responsables, con la dificultad que eso supone para que sus facultativos desarrollen una carrera profesional o para consolidar un modelo asistencial. Estas estructuras organizativas son poco atractivas para captar profesionales, que prefieren integrarse en un servicio estructurado y jerarquizado. Eso puede explicar también, en parte, el porqué algunos médicos que desarrollan su actividad en los SUH lo hacen como plataforma de acceso a otro servicio o como etapa transitoria en su vida profesional.

¿Y cuál es el punto crítico que impide jerarquizar a los SUH? La vinculación de la estructura de servicio a la existencia de la especialidad. Éste es el impedimento para normalizar una situación que, a todas luces, carece de sentido y no satisface ni a los responsables de los SUH, ni a los profesionales, ni a las respectivas direcciones, conscientes de la debilidad de la posición del coordinador del SUH, a no ser que la propia dirección tenga la iniciativa de reforzarla explícitamente, o bien que la habilidad del profesio-

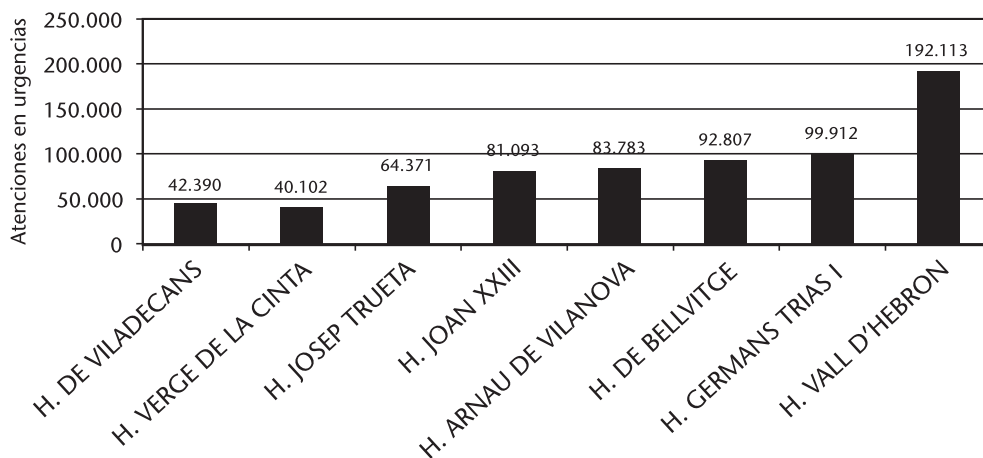


Figura 1. Número de urgencias atendidas por los servicios de urgencias de los 8 hospitales del Institut Català de la Salut en el año 2013.

nal que ejerza como tal le permita gestionar un equipo de profesionales sin disponer de ningún mando intermedio (jefe de sección o jefe clínico) en quien delegar parte de las funciones y, a la vez, relacionarse con jefes de servicio con una posición laboral y de reconocimiento profesional superior.

La modificación de la Orden

El texto original (traducido al castellano por el autor) dice lo siguiente: "El *Institut Català de la Salut* puede crear servicios jerarquizados cuando la actividad asistencial del servicio sea la propia de la especialidad médica". Hasta aquí la vinculación especialidad-servicio jerarquizado. La modificación se introduce a continuación después de la frase anterior en que se añade: "También se pueden crear servicios jerarquizados cuando la actividad asistencial se desarrolle mediante una estructura organizativa estable, con objetivos asistenciales, docentes, de investigación y de gestión específicos y propios del servicio y que la actividad asistencial que se desarrolle sea desempeñada por al menos 8 facultativos que procedan de especialidades vinculadas a los objetivos asistenciales y que realicen su actividad de forma permanente en el servicio de nueva creación".

Como se observa, no se menciona en ningún caso a los SUH. El número de 8 no obedece a otra razón que la de evitar el uso de esta Orden para formar microestructuras innecesarias.

Sobre los pasos seguidos hasta la aprobación por el Consejo de Administración del ICS, en el que están representados las Consejerías de Salud y de Economía, los profesionales, las entidades locales y de las organizaciones sindicales y que es el máximo órgano de decisión de la organización desde su constitución en el año 2007, es importante resaltar el papel de la dirección de recursos humanos y de la asesoría jurídica de la institución al articular un texto que permitiera un cambio real y no una solución parcial. Igualmente, el presidente del Consejo de Administración y el director gerente del ICS han tenido un papel fundamental al responder a un análisis técnico del problema y al escuchar a los profesionales implicados.

Propuesta de mejora continua en los servicios de urgencias hospitalarios del Institut Català de Salut

Ahora bien, todo este proceso debe contextualizarse en una propuesta de mejora continua de

los SUH, en el que la jerarquización no es más que una condición necesaria para dar solidez a los posibles cambios en que debe basarse el modelo asistencial que se proponga. A título de ejemplo, el trabajo que actualmente estamos realizando en el ICS, con la participación de todos los profesionales implicados, tiene varios puntos esenciales. Por lo que se refiere a los SUH, son los siguientes:

1. Jerarquización, como herramienta para proponer y desarrollar un modelo asistencial, favorecer la carrera profesional, captar talento y consolidar las mejoras.

2. Organización a partir del *triaje*⁵. Aunque todos los SUH del ICS tiene el mismo sistema de *triaje*, su incorporación en estructuras ya consolidadas y la convivencia con modelos troncales todavía muy dependientes de otras especialidades generan disfunciones que hay que tender a corregir.

3. Unidades propias del SUH. Entre ellas la más destacable sería la unidad de observación⁶, en todas sus modalidades, imprescindible para una adecuada asistencia urgente.

4. Unidades alternativas a la hospitalización convencional (UAHC). Entre las diferentes UAHC, todas las unidades de corta estancia (UCE)^{7,8} del ICS dependen de los SUH. El resto de UAHC deben tener una especial relación con el SUH y este a su vez utilizarlas de modo que se garantice el drenaje, uno de los puntos críticos y principal causa de la saturación de los SUH⁹.

5. Plan de docencia y de investigación. Aunque la mejora en este sentido en los últimos años es indudable¹⁰, no podemos dejar la docencia¹¹ ni la investigación, que contribuyen a mejorar la asistencia, al albur del voluntarismo de los profesionales.

Pero no sólo estamos tratando la problemática de la atención urgente desde la visión de los SUH. Entendemos que la atención urgente es un proceso transversal e interdisciplinar que no se inicia en el momento en que el paciente acude al SUH, sino antes. Por esa razón, estamos trabajando la mejora continua, siguiendo el modelo de gestión por procesos¹², estableciendo como límite inicial del proceso el momento en que cualquier ciudadano inicia la demanda de atención urgente en cualquier punto del sistema, de modo que se incluye la atención a la comunidad y a la atención primaria. Este mismo año, hemos contado con la participación de 80 profesionales de todos los colectivos, que han trabajado los puntos críticos con una mirada hacia la excelencia, proponiendo más de un centenar de acciones de mejora que afectan a todos los niveles implicados (administrativos,

celadores, técnicos auxiliares de enfermería, enfermeros, facultativos y directivos) y a otros actores del sistema (sistema de emergencias, centro de coordinación, otras especialidades). Entre el conjunto de acciones propuestas, cabe destacar un plan de calidad y de seguridad clínica específico para los SUH. Teniendo en cuenta el número de atenciones que se prestan en los SUH, una prioridad es la seguridad clínica, por lo que ésta debe de ser una de las cuestiones sobre las que prestar mayor atención^{13,14}.

Una mirada al futuro

Teniendo en cuenta que este problema no sólo afecta a Cataluña, esta propuesta de cambio abre la posibilidad a que otras comunidades autónomas sigan el mismo camino. Eso nos situaría, en parte, a la altura de los países más avanzados¹⁵⁻¹⁷. Esta cuestión, que depende de las autoridades sanitarias de cada comunidad, no es un tema menor y merecería una reflexión al respecto. En ese sentido, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) ya se ha pronunciado a través de su presidente¹⁸.

En segundo lugar, cabe pensar en que en un futuro próximo se produzca el tan deseado reconocimiento de la especialidad de urgencias¹⁹. En caso de que así fuera, durante años en los SUH seguirán conviviendo profesionales procedentes de diferentes especialidades. Por tanto, esta propuesta daría respuesta igualmente a esa situación.

Por último, es necesario hacer unos comentarios sobre cuál debe ser el papel de un jefe de servicio y cuál debe ser la estructura organizativa de los servicios hospitalarios en los que se desarrollan procesos clave, como es el caso del proceso de atención urgente. La figura del jefe de servicio ha evolucionado desde el liderazgo exclusivamente clínico (en asistencia, docencia e investigación) a la realidad actual, a una necesidad de liderazgo en gestión, tanto de profesionales como de recursos materiales. En esta línea, es necesaria la evaluación periódica obligatoria, de modo que, en las organizaciones que tienen un régimen laboral estatutario, las jefaturas de servicio dejen de ser cargos vitalicios. Esta obligatoriedad ya se introdujo en los hospitales del ICS en el 2014 y anteriormente, en otros hospitales con distinto régimen laboral²⁰. Ahora bien, puede parecer paradójico que se proponga la creación de organizaciones verticales cuando estamos hablando de un proceso transversal en el que participan otras especialidades. Sobre este aspecto nos gustaría señalar dos

cuestiones. Por un lado, creemos que el jefe de servicio de urgencias debe seguir manteniendo funciones de coordinación, puesto que su relación jerárquica debe seguir estando por encima de los jefes de servicio de otras especialidades que prestan atención urgente. Por otro lado, aunque las estructuras organizativas más horizontales podrían ser más adecuadas, como por ejemplo las unidades de gestión clínica (UGC)²⁰, éste sería un paso posterior. Primero hay que superar un retraso de más de veinte años en lo que se refiere a la jerarquización de los SUH. Una vez que se asuma esta nueva situación y que se consoliden los cambios que eso debiera de conllevar, los responsables de los SUH estarán en la misma condición para aceptar nuevos retos que el resto de jefes de servicio.

Por tanto, y para concluir, nos parece que este es un cambio necesario, condición imprescindible para la mejora de los SUH y que antecede a otros cambios que, sin duda, veremos en un futuro próximo.

Agradecimientos

A todos aquéllos que han hecho posible un cambio de esta naturaleza pero, especialmente, a todos los miembros del Consejo de Administración del ICS y a su presidente el Dr. Carles Constante, al Dr. Pere Solley, director gerente del ICS, Eladi Medina, jefe de la asesoría jurídica y al resto de colegas del comité ejecutivo del ICS: Pol Pérez, Josep María Giménez, Clara Parés Y Ramón Ortiz.

Bibliografía

- 1 DOGC. Num. 6724-9. (Consultado 20 Octubre 2014). Disponible en: <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6724/1374957.pdf>.
- 2 Montero FJ, Calderón de la Barca JM, Jiménez L, Berlango A, Pérez I, Pérula de Torres I. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (III): Recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de Urgencias. Emergencias. 2000;12:248-58.
- 3 Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez FJ. Estudio SUH-CAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Emergencias. 2014;26:35-4.
- 4 Orden 621, DOGC (4/12/1985). (Consultado 20 Octubre 2014). Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.175f6f96e658ffc3e4492d92b0c0e1a0/?vgnnextoid=641a7e48f7b6e210VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&applianceName=default&anexos=1&selectedYear=1985&selectedMonth=11&numDOGC=621>.
- 5 Sánchez M, Asenjo M, Gómez M, Zabalegui A, Brugada J. Reorganización asistencial de un área de urgencias en niveles de urgencia: impacto sobre la efectividad y la calidad. Emergencias. 2013;25:85-91.
- 6 Estella J, Román J, Vidal M. Análisis de la actividad de una Unidad de Observación en un Servicio de Urgencias por medio de una escala de carga asistencial. Emergencias. 1997;9:79-85.
- 7 Juan A, Salazar A, Álvarez A, Pérez JR, García L, Corbella X. Effectiveness and safety of an emergency department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalization. Emerg Med J. 2006;23:833-7.
- 8 Llopis F, Juan A, Ferré C, Martín FJ, Llorens P, Sempere G, et al. Proyecto REGICE: Registro de las Unidades de Corta Estancia en España. Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales. Emergencias. 2014;26:57-60.
- 9 Forero R, McCarthy S, Hillman K. Access block and emergency department overcrowding. Critical care. 2011;15:216.
- 10 Miró O, Valcárcel MA, Cremades RM, Burillo G, Julián A, Martín FJ. Producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante el quinquenio 2005-2009 y comparación con el quinquenio 2000-2004. Emergencias. 2012;24:164-74.

- 11 Grupo de trabajo de la EUSEM (*European Society for Emergency Medicine*). Plan Europeo de Estudios de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2009;21:456-70.
- 12 Tejedor M, Jiménez L, Torres JM, Bandera JJ, Arroyo JL, Bufoln A, et al. El sistema ABC en el análisis del coste de los procesos clínicos en las unidades de urgencias y emergencias. *Rev Calidad Asistencial*. 1999;14:312-20.
- 13 Armitage M, Flanagan D. Improving quality measures in the emergency services. *J R Soc Med*. 2001;94:9-12.
- 14 Tomás S, Chánovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad del Paciente. *Emergencias*. 2012;24:225-23.
- 15 Suter RE. Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World J Emerg Med*. 2012;3:5-10.
- 16 Sha M. The Formation of Emergency Medical System. *Am J Public Health*. 2006;96:414-23.
- 17 Wyatt JP, Weber JE, Chudnofsky C. The work of the American emergency physician. *Accid Emerg Med*. 1998;15:170-74.
- 18 López C. Cataluña reconoce a urgencias como servicio hospitalario. *Gaceta Médica.com*. (Consultado 14 Octubre 2014). Disponible en: <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2014-10-24/politica/cataluna-reconoce-a-urgencias-como-servicio-hospitalario/pagina.aspx?idart=869682>
- 19 Coll-Vinent B, Torres S, Sánchez A, Miró O, Sánchez M, Miró O. Predisposición de los estudiantes de medicina catalanes a especializarse en Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2010;22:15-22.
- 20 Font D, Piqué JM, Guerra F, Rodés J. Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:361-6.