

## EDITORIAL

## Servicios de urgencias hospitalarios en España: ¿diferentes comunidades, diferentes organizaciones?

### *Hospital emergency services in Spain: Differences by autonomous community or by system of organization?*

Antoni Juan Pastor

Un lector que no conozca en profundidad la organización sanitaria en España, tras leer el artículo de Del Arco *et al.* con un título tan explícito como “Estudio comparativo de la estructura física, los recursos humanos e indicadores de actividad asistencial entre los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Madrid y Cataluña”, seguramente se sorprenderá por las grandes diferencias apreciadas en la gran mayoría de aspectos comparados. Por tanto, uno no puede por menos que intentar ofrecer al lector de este editorial algunos datos y reflexiones sobre el porqué de estas diferencias. En primer lugar, debemos recordar que el sistema político territorial autonómico español ha favorecido que a medida que se han transferido las competencias en sanidad a las comunidades autónomas (CCAA) se hayan constituido diferentes modelos de organización sanitaria y de prestación de servicios. Las diferencias se ponen de manifiesto incluso en la denominación de las consejerías. El uso de los términos salud o sanidad en unas y otras no es casual, como tampoco lo es la reciente denominación de la consejería de la Comunidad Valenciana como *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública*. Por otro lado, en Andalucía, Extremadura y La Rioja las consejerías de salud engloban las competencias en asuntos sociales, al igual que el Ministerio, que suma también las competencias en igualdad. Estas diferencias pueden parecer superficiales y con escasa trascendencia en la prestación de servicios, pero nadie puede dudar del impacto de las diferencias en el gasto sanitario por habitante. A título de ejemplo, la comunidad que más gastó en 2015 fue el País Vasco, con 1.631 € por habitante, superando en un 49,6% a la que menos, Andalucía, con 1.090 €. En cuanto a las dos comunidades de las que se ocupa el estudio comparativo de Del Arco *et al.*, estas se sitúan en la franja media de gasto sanitario (Cataluña 1.312 € y Madrid 1.243 €)<sup>1</sup>. Llegado este punto podemos ya afirmar, y no solo por estas razones, que en España hay tantos sistemas sanitarios como CCAA.

En cuanto a las políticas sanitarias en relación a la atención de las urgencias y emergencias, aunque en los últimos años se han elaborado planes específicos de mejora en diferentes comunidades<sup>2-4</sup>, uno no puede evitar ser escéptico en relación a la eficacia de estos en homo-

geneizar aspectos esenciales de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) o en solucionar los verdaderos problemas percibidos por ciudadanos y profesionales, como es el caso de la saturación de los SUH y sus consecuencias<sup>5,6</sup>.

Sobre las dos comunidades motivo de comparación en el artículo, debemos recordar que las transferencias en competencias sanitarias se realizaron con veinte años de diferencia (en 1981 en Cataluña<sup>7</sup>, la primera entre todas las CCAA, y en 2001 en la Comunidad de Madrid<sup>8</sup>), con puntos de partida muy distintos, lo que ha condicionado la situación actual. La primera intentó adaptar su sistema a la compleja realidad preexistente. En Cataluña había una gran tradición de mútuas, fundaciones, consorcios, organizaciones religiosas y otras que históricamente se habían dedicado a la atención sanitaria. Ese es el germen de la red hospitalaria que se denominó entonces Red Sanitaria de Utilización Pública (XHUP en sus siglas en catalán), de modo que solo 8 de los hospitales que prestaban atención sanitaria pública pertenecían al antiguo Insalud y son los todavía hoy gestionados por el Institut Català de la Salut (ICS). La extensa red de hospitales comarcales en Cataluña deriva de la decisión que se tomó entonces y es la causa de la diferencia en el número de hospitales entre ambas comunidades. Por cierto, los centros que no son gestionados por el ICS aparecen en el artículo calificados como hospitales públicos de gestión privada, aunque en los consejos rectores de la mayoría de esos centros no haya participación de empresas privadas o ajenas al sector sanitario, por lo que esa calificación puede llevar a equívocos. La característica diferencial de estos centros no es tanto su gestión, sino que el régimen laboral por el que se rigen no es de funcionariado. Por tanto, esa diferencia podría explicar el porqué del mayor porcentaje de contratación estable en Cataluña en los SUH, debido a que esos hospitales tienen una mayor flexibilidad en la creación de puestos de trabajo con contratación indefinida.

En la comunidad de Madrid, hasta la mitad de la primera década de este siglo, se daba un fenómeno de concentración de grandes hospitales en la capital, con grandes áreas de referencia, con los consecuentes problemas en la gestión global y en la gestión de los SUH. En-

Filiación del autor: Instituto Catalán de la Salud (ICS), España.

Contribución del autor: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Información para correspondencia: Dr. Antoni Juan Pastor.

Correo electrónico: a.juanpastor@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 28-08-2017. Aceptado: 28-08-2017. Online: 9-10-2017.

Editor responsable: Óscar Miró, MD, PhD.

tre los años 2004-2011 se proyecta la apertura de 12 nuevos hospitales<sup>9</sup>, con dos modelos de gestión, régimen de concesión administrativa o contrato de concesión de obra pública, lo que permite la entrada de empresas aseguradoras privadas y constructoras en la gestión de los hospitales públicos madrileños, cuestión no exenta de polémica. Sin llegar a crear una red de hospitales comarcales como la catalana, se opta por ubicar los nuevos hospitales en puntos estratégicos que permitan descongestionar a los grandes hospitales.

Por tanto, a las razones socio-demográficas apuntadas en el artículo como causa de la distribución de recursos y del mapa sanitario, hay que añadir factores de carácter político: la voluntad descentralizadora en los años noventa, junto a la fortaleza del municipalismo, sumado al interés de englobar a diferentes prestadores de servicios de la comunidad en la red pública, explican el gran número de hospitales en Cataluña; mientras que en Madrid, el objetivo de abrir un número de hospitales tan elevado en tan corto lapso de tiempo, objetivo que difícilmente se hubiera podido asumir con el presupuesto de la comunidad, fue lo que condicionó que se optara por los modelos de gestión mencionados.

De todos modos, las diferencias observadas no se deben solamente a que se están analizando SUH que pertenecen a dos sistemas sanitarios distintos, sino que también hay razones inherentes a los propios SUH y a su organización. En ninguna de las dos comunidades hay un modelo organizativo<sup>10,11</sup> de SUH validado por las autoridades sanitarias que permita una cierta homogeneización. Las recomendaciones sobre estructura no han sido incorporadas en la práctica, y los estándares en dimensionamiento de plantilla no parecen responder a las necesidades reales<sup>12</sup>. Ello favorece las diferencias estructurales y en el número y distribución de profesionales, una de las diferencias a mi juicio más graves que afloran en este estudio, junto con el hecho de que al menos un 36,4% de los SUH de Cataluña<sup>13</sup> y un 23,1% en Madrid no dispongan de unidad de observación. En cuanto al sistema de formación MIR, que se suele poner como ejemplo de un sistema de formación especializada ejemplar, está suponiendo un serio perjuicio para los SUH por dos razones: el empecinamiento en negar una realidad aplastante que es la necesidad de que los profesionales asistenciales que desempeñan su labor en los SUH y en los sistemas de emergencias deben de recibir una formación especializada específica en las mismas condiciones que cualquier otra especialidad<sup>14,15</sup>, y el hecho de que los médicos residentes más inexpertos supongan un porcentaje elevado de la dotación médica de los SUH, con la falsa sensación por parte de los gestores de que tienen un correcto dimensionamiento de sus plantillas.

Pues bien, repasadas las razones de las diferencias más relevantes (hay muchas más que se quedan en el tintero por la extensión del editorial) entre CCAA y sus sistemas sanitarios y entre los SUH de estas, solo queda felicitar a los autores por su iniciativa, porque el primer paso para solucionar un problema es ponerlo de manifiesto. Y esas diferencias apreciadas, a juicio de quién escribe, son un problema a solucionar. ¿O no?

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

## Financiación

El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

## Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial

## Bibliografía

- Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Asuntos sociales e Igualdad. Sistema de información sanitaria. Gasto Sanitario. Estadística de gasto sanitario público. (Consultado 27 Agosto 2017). Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.
- Plan director de Urgencias y Emergencias de la Comunidad de Madrid. (Consultado 27 Agosto 2017). Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadername3=filename&blobheadername4=language&blobheadername5=site&blobheadername6=id&blobheadername7=table=MungoBlobs&blobwhere=1352922756609&ssbinary=true>
- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. (Consultado 27 Agosto 2017). Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr\\_ges\\_cal\\_PlanAndUrgEmerg2](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_ges_cal_PlanAndUrgEmerg2).
- Pla Nacional d'Urgències de Catalunya. (Consultado 27 Agosto 2017). Disponible en: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/urgencies\\_mediques/planuc/planuc.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/urgencies_mediques/planuc/planuc.pdf).
- Juan A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:249-53.
- Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011;1:59-64.
- Real decreto 1517/1981, sobre traspaso de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (Insalud en Insero). (Consultado 27 Agosto 2017). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1981-16668](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1981-16668).
- Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. (Consultado 27 Agosto 2017). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24755>.
- José Manuel López Saludas. La gestión privada de los servicios sanitarios públicos: los modelos Alzira y Madrid. *Acade. Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, nº 90 septiembre-diciembre 2013, ISSN: 1889-7045.
- Juan A, Manjón S. La jerarquización de los servicios de urgencias hospitalarios como condición necesaria para la mejora continua. *Emergencias*. 2014;26:484-8.
- Sánchez M, Asenjo M, Gómez E, 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.
- Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. SUH-CAT (1): mapa físico de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.
- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Opinión de los responsables de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña acerca de la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2015;27:241-4.
- Coll-Vinent B, Carreño A, Morales X, Cerón A, Gutiérrez MC, Surís X. Opinión de los médicos residentes de los hospitales catalanes sobre la formación en urgencias. *Emergencias*. 2015;27:219-24.