

EDITORIAL

Un sistema sanitario contra un virus

A health care system versus a virus

Antonio Juan Pastor

Escribir sobre una crisis sanitaria sin precedentes¹ mientras se está produciendo y analizar el comportamiento del sistema sanitario en relación a esta entraña una enorme dificultad. En primer lugar me gustaría aclarar que el contenido de este editorial no pretende ser crítico con las actuaciones llevadas a cabo durante la crisis². Tiempo habrá para hacer los análisis oportunos, pero creo que en estos momentos solo cabe felicitar a todos los profesionales que han hecho frente a situaciones insólitas que seguramente dejarán mella en muchos de ellos durante mucho tiempo. Pero esto no quita que podamos hacer una valoración sobre cuál es el estado de salud de nuestro sistema sanitario que creo que no se puede valorar simplemente por las actuaciones durante esta crisis.

Siempre he eludido utilizar el término colapso, porque considero que puede llevar a confusión cuando lo utilizamos para describir nuestras condiciones de habitual saturación y creo que los hechos vividos durante esta pandemia me dan la razón porque justamente hemos conocido lo que es un verdadero colapso. El sistema, esta vez sí, ha colapsado. Se han utilizado espacios para la asistencia nunca antes utilizados, hemos visto a pacientes atendidos en hoteles, se han habilitado hospitales de campaña. Francamente no creo que ningún sistema sanitario esté preparado para soportar un incremento de demanda como el que se ha producido, pero el problema ha adquirido esta dimensión porque ha afectado especialmente al eje que suponen los servicios de urgencias y emergencias y las unidades de atención al paciente crítico. Y este eje es uno de los eslabones más débiles del sistema, porque vive una permanente saturación^{3,4}. Y si este eje obtiene los resultados que habitualmente obtiene, por otro lado excelentes, mucho tiene que ver con la gestión diaria que los propios profesionales hacen de recursos escasos^{5,6}.

Es por eso que sería deseable que después de esta crisis, no nos quedemos solo con la admirable respuesta de los profesionales y no sigamos instalados en la auto-complacencia de que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo⁷. La lectura que deberíamos de hacer es cómo podemos mejorar la saturación del sistema en sus puntos clave y cómo podemos hacerlo más flexible para que, ante incrementos de demanda,

se pueda incrementar la oferta si es necesario⁸. Y no me refiero a la situación que estamos viviendo, sino a las crisis epidémicas anuales, a las invernales debido a la gripe y a las crisis estivales en zonas turísticas, estas últimas a menudo olvidadas en los planes de urgencias.

La saturación de cualquier servicio, no solo del sistema sanitario, se produce por un desequilibrio entre la oferta y la demanda⁹. La oferta nunca puede ser ilimitada, aunque los políticos confundan al ciudadano a ese respecto prometiendo aumento de servicios y prestaciones, algunas de ellas sin gran valor añadido. Eso obliga a controlar la demanda¹⁰. Ya controlamos parte de la verdaderamente urgente, a través de los sistemas de emergencias, de los códigos, etc.¹¹. Ahora bien, cuando la demanda es mayoritariamente espontánea, como sucede en la atención urgente, las medidas de control son de difícil aplicación. Se han propuesto diferentes fórmulas, todas ellas impopulares y que la autoridad sanitaria no está dispuesta a aplicar^{12,13}. Las medidas menos agresivas (*light*), como la educación sanitaria, son un total fracaso. Aceptémoslo, el ciudadano usa los servicios públicos de fácil acceso sin un criterio razonable. Fijémonos que una de las decisiones más duras en las últimas décadas y que se ha tomado en relación a esta crisis, medida que atenta contra las libertades individuales y que es la del confinamiento, tenía por objeto regular esta demanda. No se trataba solo de que el número de afectados disminuyera en cifra absoluta, sino que la transmisión de la infección se produjera de forma más escalonada, dando tiempo a los servicios sanitarios a adaptarse². Es decir, disminuir el desequilibrio entre la oferta y la demanda. De todos modos, no olvidemos que regular la demanda espontánea de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) tendría un impacto sobre todo en sus salas de espera, puesto que la demanda regulable afectaría especialmente a las consultas no urgentes, que no son la principal causa de saturación. Ahora bien, hay una excepción sobre la regulación de la demanda espontánea que claramente contribuiría a paliar la saturación de los SUH y es mejorar la atención a la población anciana en ámbitos no hospitalarios. Reconozcamos de una vez que la atención sanitaria en los entornos residenciales y sociosanitarios es deficiente, y en esta crisis ha habido muestras

Filiación de los autores: Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, 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.

Autor para correspondencia: Antonio Juan Pastor. Instituto Catalán de la Salud. Gran Vía de les Corts Catalanes, 587. 08004 Barcelona, España.

Correo electrónico: a.juanpastor@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 25-3-2020. Aceptado: 26-3-2020. Online: 6-4-2020.

Editor responsable: Óscar Miró.

de ello. Una mejor atención a los ancianos en entornos no hospitalarios, podría contribuir a que requirieran menos consultas a los SUH y disminuir los ingresos hospitalarios de este grupo de población cada vez más numeroso¹⁴.

Por tanto, si no se va a regular la demanda con acciones limitantes para la ciudadanía, hay que aumentar la oferta, hasta límites razonables. Y aumentar la oferta pasa por mejorar la financiación e invertir ese dinero adecuadamente¹⁵. Si se inyecta dinero al sistema para hacer más de lo mismo, no arreglaremos nada.

Es preciso asegurar una adecuada atención a nuestros mayores y a los pacientes crónicos antes de que presenten complicaciones y agudizaciones. Se ha dicho reiteradamente pero, por el momento, los programas específicos se están quedando a medio camino. Eso supone mejorar la financiación de la atención primaria y responsabilizarla, mediante un sistema de incentivos adecuado, de sus resultados. Las experiencias sobre mejoras de financiación sin ligarlas a resultados son nefastas. No caigamos en el error otra vez. Por cierto, uno de los papeles de las especialidades más concernidas por la atención al paciente crónico y anciano, como son geriatría, medicina interna, neumología, cardiología, sería salir un poco más del hospital y acercarse más a la atención primaria.

Pero, sobre todo, hay que reinventar el hospital de agudos y mejorar su gestión⁴. Las camas de los hospitales de agudos tienen dos vías de entrada principales: el bloque quirúrgico y el servicio de urgencias. Del primero se origina un eje cirugía-cama de reanimación o unidad de cuidados intensivos (UCI)-cama convencional-alta y control. Este proceso debe ser excelente y precisa de un dimensionamiento correcto –estructural y de profesionales– en cada una de las fases y debe buscar la excelencia. A mayor talento del cirujano y mejores cuidados de enfermería, menos complicaciones, estancias más ajustadas, altas precoces, menos gasto. El otro eje es el que conforman los sistemas de emergencias-SUH-cama de UCI o cama de semicríticos o cama convencional-alta y control. Pues bien, ahí es donde tenemos el mayor problema, porque partimos de unos SUH claramente infradimensionados y permanentemente saturados. En primer lugar hay que dotar adecuadamente a las plantillas, tanto de los servicios de emergencias¹⁶ como de los SUH, y para ello es preciso formar a especialistas. Llevamos 30 años reivindicando la especialidad¹⁷. Quizá la administración, aunque sea como premio a los servicios prestados, se decida de una vez. Es preciso reforzar el papel de los servicios de emergencias, sobre todo en la gestión coordinada de las camas de críticos. Además hay que adecuar los espacios de los SUH. La mayoría siguen con estructuras obsoletas, con unidades de observación ausentes o insuficientes, con distribución de espacios que fomentan la ineficiencia. Por otro lado, las unidades de críticos, además de dimensionarse correctamente, deben de romper sus fronteras, facilitando el control y monitorización de pacientes no necesariamente ingresados en una cama de su unidad. Dejemos de pensar en las camas, y pensemos

en los pacientes. Cuantos más pacientes que realmente lo necesiten estén monitorizados, más eventos adversos podremos prevenir. En cuanto a las camas convencionales, además de asegurar una correcta adecuación del número de camas necesario, deben de ajustarse las estancias medias, con estancias lo más cortas posibles, sin menoscabo de la seguridad del paciente, mejorando el control al alta, evitando que se generen problemas de seguridad en las transiciones hospital-domicilio¹⁸. Haciendo todo esto intervendríamos en la principal causa de la saturación de los SUH, el drenaje hospitalario, con el objetivo de ingreso inmediato desde el SUH a la cama destino.

Espero que esta crisis no haya sido en balde, y que las autoridades sanitarias vean un poco más allá cuando analicen lo sucedido. Los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias no trabajan para ser héroes ni para que les aplaudan, aunque eso los emocione y lo agradezcan, sino para poder prestar la mejor atención a las personas y, si no se producen cambios profundos, lamento augurar que eso nunca se producirá.

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.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- World Health Organization. Novel Coronavirus (COVID-19) Situation. (Consultado 24 Marzo 2020). Disponible en: <https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeee1b9125cd>.
- Legido H, Mateos JT, Campos VR, Gea M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*. 2020 (en prensa).
- Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:113-20.
- Juan A, Enjamio E, Moya C, García 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.
- Lorente V, Ariza A, Jacob J, Formiga F, Marín F, Martínez-Sellés M, et al. Criterios de ingreso en unidades de críticos del paciente anciano con síndrome coronario agudo desde los servicios de urgencias hospitalarios de España. Estudio de cohorte LONGEVO-SCA. *Emergencias*. 2019;31:154-60.
- Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L, Cañadas GR, San Luis-Costas C, Ortega-Campos E, De la Fuente-Solana El. Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias*. 2018;30:328-31.
- CEOWORLD magazine Health Care Index. (Consultado 24 Marzo 2020). Disponible en: <https://ceoworld.biz/2019/08/05/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2019/>
- Puig M, Ris J, Benito S. Nuevas herramientas frente a la saturación en los servicios de urgencias hospitalarios: gestión de la estancia, toma de decisiones y flexibilidad operativa. *Emergencias*. 2015;27:424-5.
- McKenna P, Heslin SM, Viccellio P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ. Emergency Department and Hospital Crowding: Causes, Consequences, and Cures. *Clin Exp Emerg Med*. 2019;6:189-95.
- Kawano T, Nishiyama K, Anan H, Tujimura Y. Direct relationship between aging and overcrowding in the ED, and a calculation formula for demand projection: a cross-sectional study. *Emerg Med J*. 2014;31:19-23.
- Julián A, González J, Candel FJ, Supino M, López JD, Ulloa C, et al. Puntos clave y controversias sobre la sepsis en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para Latinoamérica. *Emergencias*. 2019;31:123-35.

- 12 Gentile S, Durand AC, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Do non-urgent patients presenting to an emergency department agree with a reorientation towards an alternative care department?]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2009;57:3-9.
- 13 González B, Puig-Junoy J, Rodríguez S. Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño. Informe de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). (Consultado 24 Marzo 2020). Disponible en: <http://documentos.fe-dea.net/pubs/fpp/2016/02/FPP2016-04.pdf>.
- 14 Martín-Sánchez FJ, Rodríguez E, Vidan MT, Díez P, Llopis G, González Del Castillo J, et al. Impacto de las variables geriátricas en la mortalidad a 30 días de los ancianos atendidos por insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias* 2018;30:149-55.
- 15 Ministerio de Sanidad y Asuntos sociales. Recursos económicos del sistema nacional de salud, 2019. (Consultado 24 Marzo 2020). Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosIniciales.pdf>.
- 16 Escalada X, Sánchez P, Hernández R, Gené E, Jacob J, Alonso G, et al. Estudio SEPHCAT: análisis de los servicios de emergencias prehospitalarios en Cataluña. *Emergencias*. 2020;32:90-6.
- 17 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.
- 18 Martín Sánchez FJ, Llopis G, Llorens P, Jacob J, Herrero P, Gil P, et al. Planificación del alta desde urgencias para reducir eventos adversos a 30 días en pacientes mayores frágiles con insuficiencia cardiaca aguda: diseño y justificación del ensayo clínico DEED FRAIL-AHF. *Emergencias*. 2019;31:27-35.