

# Los servicios de URGENCIAS están saturados el 80% del año

## Las 'crisis de invierno' se extienden a mayo

Las medidas para redireccionar las visitas inadecuadas o despejar la demanda no sirven para apagar el fuego de las urgencias.

Los especialistas demandan aumentar las camas de hospitalización, reestructurar los servicios los servicios y mejorar la reparación de los profesionales médicos que atienden estas consultas  
ISABEL PERANCHO

La reciente temporada gripal se ha saldado un año más con escenas de pacientes hacinados en los servicios de urgencias hospitalarios y médicos sobrecargados.

Pero el motivo último de este escenario recurrente no es el virus, ni tampoco **el creciente aumento de la demanda**. Un estudio acaba de revelar que el factor que más contribuye al colapso asistencial de este área sanitaria está dentro del propio hospital. El problema no es el incremento de visitas al servicio, sino que **los pacientes atendidos no pueden ser ingresados por falta de camas**.

**El trabajo, realizado en Cataluña**, revela que las medidas de refuerzo aplicadas habitualmente para descargar las urgencias no pueden corregir el deterioro que se arrastra desde hace años.

**El sistema está al límite de su capacidad y amenaza con el colapso.**

**La urgencia hospitalaria es el servicio sanitario mejor valorado por los españoles. Quizá por ello, es también el que mayor crecimiento ha experimentado en nivel de uso por parte de la población.**

Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud, presentada hace unos días por el Ministerio de Sanidad, **la demanda de estos dispositivos está creciendo a un ritmo del 6% anual.**

**En dos décadas, la utilización de la 'puerta grande' del sistema sanitario ha pasado del 12% al 30% actual, una velocidad de ascenso muy superior a la que experimentan otras áreas, como las visitas médicas o la hospitalización.**

### COLAPSO

Pero los profesionales que trabajan en este campo aseguran que el 'chicle' de urgencias no puede estirarse más, **ya que desde hace tiempo funciona por encima de sus posibilidades**: el espacio físico es pequeño para asumir la creciente demanda, las esperas para recibir asistencia se prolongan hasta ocho horas en muchos centros, la disponibilidad de camas flaquea y los enfermos tienen que alojarse en los pasillos a la espera de un hueco y escasean los profesionales que quieran trabajar en estas condiciones.

El colectivo de médicos de urgencias denunció el pasado año que, por primera vez, no se encontró personal para cubrir las sustituciones durante las vacaciones e, incluso, las bajas, muchas de ellas generadas por la sobrecarga laboral y la fatiga mental.

El escenario se agrava día a día. Así las cosas, muchos dicen que el colapso es inminente si no se toman medidas para reconducir la situación actual. Y ésta es deficiente de partida: "La llegada del invierno comporta un deterioro del servicio de urgencias.

En un gran hospital de una gran ciudad como Barcelona, no somos capaces de prestar una asistencia de la misma calidad en febrero que en junio", reconoce Óscar Miró, especialista senior de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona.

El problema es que esta coyuntura empieza a extenderse a otras épocas del año. "Antes se limitaba a enero y febrero, básicamente a la época gripal pero, ahora, los servicios están saturados el 80% del tiempo", afirma el especialista.

Una apreciación en la que coincide otro 'Urgenciólogo' de un gran hospital de Tenerife (Canarias):

"También tenemos 'crisis de invierno' en mayo y junio".

Miró se remite a los datos del trabajo que, junto con sus compañeros del Área de Urgencias del Clínic, acaba de publicar en la revista 'Medicina Clínica'.

La investigación pretendía medir la eficacia en el citado centro sanitario, un hospital con 750 camas, de las medidas extraordinarias del Plan Especial de Invierno (PEI) contempladas dentro del Plan Integral de Urgencias de Cataluña.

Para ello compararon la actividad registrada durante un invierno en el que el PEI no estaba vigente, con otro en el que sí funcionaban las medidas de refuerzo y con un tercer periodo no invernal.

Entre otros aspectos, en cada fase temporal se revisaron el número de visitas diarias que recibía el servicio de urgencias y de pacientes atendidos que requirieron ingreso (lo que se conoce como presión asistencial interna o presión de urgencias); el porcentaje de ocupación del servicio; los pacientes pendientes de ingreso; la duración de la visita; la calidad de la atención percibida por los usuarios y la eficacia en la resolución del problema.

Pues bien, el análisis confirmó lo previsible: que el invierno incrementa la presión asistencial sobre urgencias y el número de ingresos (se registró un incremento del 10% respecto a la época no invernal) y que la asistencia perdía eficacia y calidad, tanto objetivamente (al medirla con indicadores de efectividad) como subjetivamente (las encuestas a pacientes atendidos).

Pero la sorpresa fue que las medidas para dar respuesta al incremento de la demanda de los meses fríos no sólo no mejoraron la situación, sino que agravaron el problema.

**No fue suficiente ampliar a fines de semana y festivos el horario de los centros de salud** dependientes del centro, ni abrir un dispensario de urgencias menores en el propio hospital, ni habilitar camas adicionales, ni contratar más ambulancias y personal. Con el PEI en marcha, y a pesar de que la demanda de atención urgente fue similar a la del invierno sin refuerzos, la presión interna creció un 18% y la calidad percibida puntuó peor.

**"El hecho de que la mayoría de los servicios de urgencias, entre ellos el nuestro, trabaje al límite de sus posibilidades y con un escaso margen de reserva hace que no puedan dar una respuesta adecuada en tiempo y forma a los incrementos de la demanda por pequeños que estos sean",** concluyen los autores.

## HOSPITALES PEQUEÑOS

**"Simplemente el sistema se ha quedado pequeño, porque la demanda no deja de aumentar pero las estructuras apenas se han modificado",** se queja Miró.

**Cada vez acuden más pacientes y con una mayor necesidad de ingresos, como la población mayor, dos elementos con efecto sumatorio.**

No es el primer estudio que indica cómo los factores internos, es decir, la imposibilidad de encontrar un hueco para ingresar a los pacientes atendidos en urgencias, pesan más que los externos. El impacto de la epidemia de gripe, la existencia de los denominados usuarios hiperfrecuentadores o que consultan inadecuadamente por enfermedades de baja complejidad y el incremento de la demanda por parte de la población inmigrante, son, según los especialistas en urgencias, "tópicos" que no han demostrado tener un papel crítico en situaciones de colapso.

Por ejemplo, se estima que alrededor de un 30% de las visitas que se reciben en estas áreas corresponde a problemas de salud que no requieren exploraciones complementarias, ni que el paciente permanezca en observación o reciba tratamiento intravenoso. Es decir, no son urgentes. Pero a pesar de su elevado número, no consumen demasiado tiempo: la media se sitúa en los 66 minutos.

Son los enfermos alojados en el propio espacio de urgencias y que esperan el ingreso en una planta del hospital y los que permanecen dentro de éste en observación los que causan el hacinamiento y saturan el servicio. "Los que no caben se quedan aquí y no hay sitio para visitas nuevas. Es habitual que a las dos de la tarde sigamos atendiendo a los pacientes que llegaron a las siete de la mañana", explica un médico.

A pesar de que entre el 50% y 70% de los ingresos hospitalarios tienen su origen en las puertas de urgencias del propio centro, la dificultad por encontrar cama dónde acomodar a los pacientes es creciente.

**Tomás Toranzo, vicepresidente primero de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), insiste en que el 'mal' radica en esta "desadecuación" entre la oferta y la demanda.**

Es el motivo que aduce para demandar una reforma integral del dispositivo de urgencias hospitalarias y afirmar que las medidas encaminadas a contener la demanda son insuficientes.

En 1988, a raíz de un informe del Defensor del Pueblo, se inició un proceso de remodelación de estas dependencias hospitalarias. En el año 2000, la revista 'Emergencias', la publicación oficial de la SEMES, evaluaba estas deficiencias a través de los resultados de una encuesta realizada a 190 servicios de otros tantos hospitales de todo el país. El tamaño del 19% de los centros era insuficiente para atender la demanda y el 40% tenía un número de 'boxes' por debajo de lo deseable. La situación ha mejorado algo, pero no en la medida deseable.

El sondeo ponía de manifiesto, igualmente una enorme heterogeneidad en el funcionamiento de que estos espacios.

Un hecho que sí se mantiene. "No hay dos servicios iguales y no todos dan las mismas prestaciones. Unos tienen traumatología o pediatría, otros no. Cada uno se organiza como quiere", afirma el portavoz de SEMES, organización que ha **publicado una recomendaciones sobre los estándares que debe cumplir un buen dispositivo.**

Pero para muchos profesionales, uno de los puntos críticos es que **el hospital es "poco sensible" a las necesidades de las urgencias.** A la hora del reparto de camas, hay que competir con otras prioridades asistenciales (y políticas), como la lista de espera quirúrgica. La realidad es que las operaciones programadas copan el espacio y, en la pugna por un hueco, a urgencias se le sigue pidiendo que se comporte como un acordeón.

**¿Es necesario crear una especialidad nueva?**

Médicos de familia, internistas, traumatólogos, pediatras, especialistas en cuidados intensivos y médicos generales (licenciados sin especialidad MIR). Son las disciplinas que integran el cuerpo facultativo que atiende los servicios de urgencias españoles. Desde hace un par de años, el buen entendimiento de esta gran familia está amenazado por las discrepancias respecto a la necesidad de crear la **figura específica del Médico de Urgencias y Emergencias** instaurando un programa de formación propio.

**«Es una decisión estratégica para asegurar la calidad y eficiencia de los servicios y será la vía para combatir la escasez de profesionales que tenemos»**, afirma Tomás Toranzo, de SEMES, la organización que lidera esta propuesta. A esta sociedad le preocupa que urgencias sea «un lugar de paso» en espera de un destino laboral mejor, falto de vocaciones y, en ocasiones, de suficiente preparación.

¿Está capacitado un internista para atender pacientes pediátricos?, cuestionan.

**Enfrente, se han colocado en bloque las tres sociedades científicas que representan a los médicos de familia, los internistas y los intensivistas.** «La capacitación de los profesionales ha dado un salto cualitativo.

**Los médicos de familia pasan 4.500 horas en urgencias durante su formación», responde Luis Aguilera, presidente de la sociedad de Medicina de Familia.**

**Sanidad anunció un decreto para crear la nueva especialidad, pero la promesa no se ha materializado** y la pugna se intensifica entre ambas facciones.

#### **Un espacio masificado**

Los servicios de urgencias hospitalarios son el vértice de una pirámide en la que convergen los pacientes remitidos desde otros ámbitos asistenciales y los que acuden por iniciativa propia.

#### **Estas son algunas características de este servicio clave del sistema de salud:**

**Demanda.** En 2005 se atendieron más de 24 millones de urgencias en 754 hospitales públicos y privados españoles. Un 11% acabó en un ingreso hospitalario.

**Mejor un centro público.** La población prefiere acudir a los hospitales del sistema nacional de salud en estos casos. El 73% de la demandas se ve en centros públicos. En éstos, se atienden problemas de mayor complejidad y el 68% de los ingresos se produce a través de esta vía. En los privados se reduce al 33,5%.

**Visitas inadecuadas.** Se estima que alrededor del 30% o 40% de las visitas no responden a una situación de verdadera urgencia. De las remisiones realizadas por otros médicos, el 10% es también inapropiado. El 50% de los pacientes que se 'fugan' antes de ser atendidos, no vuelve nunca a consultar su 'urgencia'.