

Las dificultades de organizar un servicio de urgencias hospitalario

ANTONI JUAN PASTOR

Dirección Clínica de Urgencias, Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Josep Trueta, Girona, España.

Cuando hablamos de organización nos podemos referir a su acepción como acción, o bien como objeto. La acción de organizar consiste en coordinar el trabajo de diferentes personas, mediante el establecimiento de tareas, roles o labores definidas para cada una de ellas, así como la estructura o maneras en que se relacionarán en la consecución de un objetivo o meta. Si entendemos la organización como objeto, nos referimos al entorno, al lugar donde esas personas obtienen sus objetivos¹. Esta definición, extraída del ámbito de la gestión de empresas, nos permite introducir el tema de la dificultad de organizar un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

En lo que se refiere a la acción de organizar, la principal dificultad estriba en la heterogeneidad de los colectivos a coordinar. Participan en la atención urgente profesionales que dependen del propio SUH, profesionales de otros servicios, médicos en formación y personal no asistencial. Todos esos colectivos tienen distintos problemas no resueltos, algunos de los cuales citaremos, que influyen en la organización. Por último, el hecho de que el propio paciente es, en la mayoría de casos, quien decide cuándo y dónde consultar²⁻⁵, supone una dificultad añadida.

Sobre los profesionales propios, si nos referimos a los médicos, el dimensionamiento de las plantillas, las condiciones laborales y la formación especializada⁶ son algunos de los principales aspectos no resueltos que complican la organización. El personal de enfermería tiene otras dificultades, como conseguir la cobertura de los turnos menos atractivos por personal cualificado, el recambio generacional y también la formación específica. Si hablamos de los profesionales "prestados" por otros servicios o que actúan como consultores en el SUH,

su desigual implicación, así como su tendencia a defender intereses de sus propios servicios, generan problemas organizativos. En cuanto a los médicos internos residentes, la falta de la especialidad en medicina de urgencias y emergencias y, por tanto, el no poder formar a residentes propios, conlleva toda una serie de problemas. La mayoría de programas docentes contemplan la formación en urgencias durante el periodo en que los residentes son más inexpertos, lo que representa una sobrecarga para los profesionales del SUH de modo que, una vez que el residente adquiere una cierta autonomía, pasa a hacer guardias de su especialidad, con la consiguiente desafección entre los residentes y los profesionales propios de los SUH. El personal no asistencial (administrativos, celadores, personal de limpieza, personal de seguridad) tiene un papel clave en el resultado final del proceso de atención urgente y no siempre hay plena conciencia de ello, tanto por parte de sus respectivos responsables, como por parte de los propios profesionales, con un grado de implicación variable.

Toda esta compleja y heterogénea organización de profesionales debe de estar orientada al paciente que, por otro lado, no siempre utiliza adecuadamente el recurso del SUH. Nuestro sistema de salud tiene como uno de sus principales valores la accesibilidad, pero en realidad la libre accesibilidad las veinticuatro horas del día durante todo el año sólo está garantizada por los SUH⁵. Ésta es una de las principales razones de la excesiva demanda y una de las causas de la saturación de los SUH^{7,8}. Sobre los diferentes mecanismos de control de la demanda en nuestro entorno, hay discrepancias sobre su pertinencia y sobre su eficacia a corto y medio plazo y hay pocas experiencias publicadas con impacto beneficioso⁹.

CORRESPONDENCIA: Antoni Juan Pastor. Director Clínico de Urgencias, Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Josep Trueta. Avenida de Francia, s/n. 17007 Girona, España. E-mail: a.juanpastor@gmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 18-2-2013. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 19-2-2013.

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

Cuando consideramos el aspecto de organización como "objeto", sin duda el SUH es el servicio más complejo del hospital, dado que debe de estar preparado para dar respuesta a problemas de salud muy diversos, médicos y quirúrgicos, graves y menos graves, propios de superespecialidades o generales. Igualmente debe de responder a la cotidianidad de los picos de afluencia³, los incrementos de demanda estacionales¹⁰ o la excepcionalidad de las emergencias colectivas y las situaciones de catástrofes¹¹. Para ello, es necesario disponer de espacios con unas características apropiadas, unos circuitos muy bien definidos¹² y un alto nivel de coordinación con otros servicios y áreas del hospital, como son el bloque quirúrgico, el laboratorio y el servicio de diagnóstico por imagen.

Aunque existe abundante literatura médica sobre la problemática de la organización de los SUH^{2,8}, no es tan abundante la que aborda las soluciones y los efectos de las medidas a adoptar¹³. De ahí la importancia del artículo de Sánchez *et al.* que se publica en el presente número de EMERGENCIAS¹⁴, que nos plantea el efecto de una reordenación de los espacios asistenciales de un SUH con una estructura clásica, con espacios y profesionales distribuidos según las diferentes especialidades. El cambio organizativo que presentan en este artículo da mayor protagonismo al personal propio del servicio y menos a otros especialistas, y organiza la atención y los espacios asistenciales según el nivel de gravedad de los pacientes, estratificados según el Sistema Español de *Triage* SET^{15,16}. El resultado de todo ello es una mejora en la efectividad y en la calidad objetiva y subjetiva. Ésta es, a nuestro juicio, la gran contribución del artículo de Sánchez *et al.* No hemos de olvidar que cualquier intervención sobre el SUH debe de tener como objetivo la mejora de los resultados asistenciales. Siguiendo el ejemplo del Hospital Clínico, la reordenación de espacios en función de los diferentes niveles de *triaje* debería contribuir a ello. Cada SUH debería de poder calcular el número de puntos de atención destinados a cada nivel de gravedad y el número de profesionales adscritos a las diferentes áreas de atención para conseguir mantenerse dentro de los estándares de calidad que marca el propio SET. De hecho, los sistemas de *triaje* son una herra-

mienta de gestión para los responsables de los SUH, tanto en la gestión del día a día como en la planificación de futuras necesidades estructurales y de profesionales. Aunque somos conscientes de la dificultad que conlleva, y a modo de conclusión, se trataría de que la estructura física de los SUH y la distribución de los profesionales por áreas de atención dejaran de ser un problema para los responsables de la organización y pasaran a ser una solución para los problemas asistenciales.

Bibliografía

- 1 Cambio, organización y entorno (Consultado Febrero 2013). Disponible en <http://www.eumed.net/libros/2005/ags-coe/0301.htm>.
- 2 Llorente S, Arcos PI, Alonso M. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias*. 2000;12:164-71.
- 3 Benayas M, Aznar JM, Montoya M, Martínez L, Martínez A, López M. Evolución de la frecuentación en el servicio de urgencias del Hospital Torrecárdenas S.A.S. Almería. Años 1990-94. *Emergencias*. 1998;5:290-5.
- 4 Cano MI, Rabanaque MJ, Feja C, Martos MC, Abad JM, Celorrio JM. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. *Emergencias*. 2008;20:179-86.
- 5 Moreno E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias*. 2008;20:276-84.
- 6 Toranzo T, Aramburu FJ, García-Castrillo L, Algarra J, Navarro F, Tomás S, et al. Predisposición de los aspirantes a médico interno residente (MIR) a escoger la especialidad de Medicina de Urgencias y factores relacionados. *Emergencias*. 2010;22:323-30.
- 7 Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011;23:59-64.
- 8 Jarrod M, Carretero J, Closa R, Allué X. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias*. 2006;18:215-8.
- 9 Mínguez J, Ruiz J, Millán J, Trescoli C, Tarazona E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. *Emergencias*. 2008;20:8-14.
- 10 Castro R, Arcos P, Rodríguez A. Sistema sanitario y *triaje* ante una pandemia de gripe: un enfoque desde la salud pública. *Emergencias*. 2009;21:376-81.
- 11 García JA, Romero S, Camiña M, Habed N, Jiménez JF, Touza B, et al. Respuesta inmediata ante grandes emergencias: modelo matemático basado en redes neuronales y árboles de decisión. *Emergencias*. 2012;24:175-80.
- 12 Montero FJ, Calderón de la Barca JM, Jiménez L, Berlango A, Pérula 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.
- 13 Juan A, Enjamio E, Moya C, García C, Castellanos J, Perez 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.
- 14 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.
- 15 Gómez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al *Triage* (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de *Triage* (MAT) y Sistema Español de *Triage* (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias*. 2006;18:207-14.
- 16 Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el *triaje* estructurado. *Emergencias*. 2006;18:156-64.