

MASIFICACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO DE SALAMANCA

Análisis de sus causas y propuestas de soluciones

Informe de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca

Salamanca - Febrero de 2005

I.- INTRODUCCIÓN:

La masificación de las Urgencias Hospitalarias se ha convertido en objeto de permanente preocupación para la comunidad sanitaria y en general para toda la sociedad en los últimos años. El problema se inició en la década de los 80 y afecta a todo el Estado Español y a los países de nuestro entorno. Desde diciembre de 1988 en que el Defensor del Pueblo hizo público su Informe sobre Urgencias Hospitalarias poco se ha modificado la situación y posiblemente ha empeorado. Presionados por dicho informe, el INSALUD y las CCAA con transferencias sanitarias realizaron inversiones en reformas estructurales de dichos servicios, se iniciaron cambios organizativos en los mismos y se crearon los Puntos de Atención Continuada (PAC) y los teléfonos de emergencias, pero todo ello no ha impedido que el crecimiento anual en las consultas de dichos servicios se encuentre entre el 4 y el 6%.

Concientes de que esta situación también afecta al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) de Salamanca nos propusimos estudiar sus causas y proponer soluciones al mismo, desde una óptica “globalizadora”. Nuestra hipótesis es que la masificación del SUH se produce por un déficit general en la atención sanitaria, a nivel de atención primaria (AP) y a nivel de atención especializada (AE), sin menospreciar el problema existente en la demanda y en el propio SUH, aspecto estos últimos que han sido los más exhaustivamente tratados en la literatura médica sobre el tema.

*El Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de Salamanca**

El SUH del Hospital Universitario de Salamanca atiende a una población de 345.609 personas (censo del año 2001), de las cuales 156.368 viven en la capital. Está integrado por tres unidades: Hospital Clínico (HC), Hospital Virgen de la Vega (HVV) y Hospital Virgen del Castañar de Béjar. La presión asistencial (4340 urgencias asistidas en 2003) y las características especiales de esta última unidad harán que no nos detengamos en un análisis detallado de la misma.

En cuanto a su estructura, el HC dispone de 5 consultorios generales, 2 de pediatría, 1 para “triage”, 1 para curas y otro para traumatología, 9 camas de observación, 4 sillones polivalentes, 2 puestos de críticos, 2 camas de pediatría, 2 sillones de pediatría y una sala de espera. El HVV dispone de 3 consultorios generales, 1 de traumatología y 1 de curas, 8 camas de adultos, 1 puesto de críticos y una sala de espera.

Los servicios del HC y HVV lo componen 24 médicos, 40 enfermeras y 32 auxiliares de enfermería. Diariamente hacen guardia médicos residentes en formación (MIR).

El total de Urgencias asistidas en 2003 fue de 137.333 pacientes, lo que supone una media de 376,25 pacientes/día.

La frecuentación no es la misma a lo largo del día. En el turno de mañana se atendieron a un 43% de los enfermos, en el de tarde a un 41% y en el de noche a 16%. El día de la semana que tiene mayor frecuentación es el lunes.

El incremento en el nº de consultas entre los años 1999 y 2003 es de un 25.2%, que entra dentro de la media nacional.

En lo que se refiere a la procedencia de los pacientes, un 58,51% eran de la capital, un 38,58% de la provincia y un 7% de otras provincias. Solamente el 12,41% de los pacientes lo hicieron con volante de su médico de atención primaria (un 6.2% de los procedentes de la capital y un 23.31% de la provincia)

El tiempo de espera para atención en urgencias fue superior a 3 horas en un 22,32% – 23,72% de los pacientes, y superior a 6 horas en un 5,82% – 6,82%. La tasa de retorno al servicio a las 72 horas fue algo superior al 1% (1,08-1,43%).

La proporción de enfermos ingresados fue del 11,8 % del total de consultas.

Problemática de los Servicios de Urgencia en España

Al comparar los datos referidos del HUS con los referidos en la literatura médica española, sorprende la similitud tanto en los porcentajes de casos atendidos (más de la mitad de la población utiliza los SUH a lo largo del año), como en los de afluencia discontinua (los lunes y las mañanas tienen mayor afluencia). Lo mismo ocurre con el nº de consultas por iniciativa propia (alrededor del 80% de pacientes acuden al servicio de urgencias sin volante médico) y en el porcentaje de enfermos ingresados (14%). La referencia a una dotación estructural precaria y a la inadecuada discriminación de la urgencia (se calcula en un 38% el número de visitas inapropiadas), son también constantes.

Soluciones propuestas

Las propuestas de soluciones se han abordado desde cuatro perspectivas (Peiró S y cols.1999):

- 1.- Intervenciones sobre los factores de la demanda, como la educación sanitaria. Escaso éxito, excepto si la intervención se hace sobre grupos seleccionados, como “grandes frecuentadores”.
- 2.- Mejora de la accesibilidad a la atención primaria. No reduce la utilización de los SUH e incrementan la utilización de los servicios de AP.
- 3.- Intervenciones barrera como el copago, solo reducen la utilización en casos leves y no existe evidencia sobre la seguridad de estas políticas
- 4.- Clasificación de los pacientes y rechazo de los no urgentes. No hay evidencia de seguridad. La realización de cribado seguida por atención de médicos de AP o derivación a “salas rápidas” a pacientes no graves, parece mostrarse adecuada.

Nuestro estudio

Partimos del convencimiento de que la problemática del SUH es un espejo que traduce las deficiencias de nuestra sanidad pública, tanto en el nivel de AP como en el de AE y sobre todo en la coordinación de ambos niveles, y que solamente abordando estas deficiencias puede solucionarse el tema que nos preocupa. El planteamiento no es original, pero sin duda está muy poco tratado en la bibliografía española, donde la mayor parte de las soluciones propuestas se refieren al ámbito propio del SUH.

Desde esta perspectiva montamos unos talleres de trabajo para analizar las causas de la masificación del SUH, desde la hipótesis de que existen deficiencias en AP, AE, el propio SUH y en la propia demanda de los usuarios del servicio. En los diferentes talleres se integraron personas representativas de estos diferentes estratos, profesionales de AP, AE y SUH y representantes de los usuarios. Finalmente los propios participantes en los talleres hicieron sus propuestas de soluciones.

II.- ¿CÓMO HICIMOS EL ESTUDIO? MATERIAL Y MÉTODOS:

Utilizamos el modelo diagrama de causa - efecto o diagrama de Ishikawa, que ayuda a trabajar estructuradamente, avanzando hasta el nivel de profundidad que sea posible, desde las causas raíz o primarias hasta causas secundarias, terciarias, etc.

Para facilitar el estudio de la problemática de las urgencias del hospital abordamos la cuestión desde cuatro ámbitos: la atención primaria, la atención especializada, el propio servicio de urgencias hospitalario y el comportamiento de los usuarios.

A continuación nuestra propuesta fue encontrar posibles soluciones para una o varias de las causas analizadas y valorarlas para determinar cuales serían las más interesantes de aplicar. Intentamos hacer surgir soluciones para la mayor parte de las causas encontradas, de forma que cuando se pusieran en común entre los distintos grupos y más tarde se hicieran públicas, cada agente implicado, tanto si ha participado en el taller como si no, pudiera encontrar entre las propuestas, una solución a la medida de sus posibilidades o de su situación en el tablero de juego que es el funcionamiento de un servicio de atención sanitaria urgente a la población.

Diseño del taller:

Formulación del problema

Hemos seguido las normas de lo que debe ser definir un problema en términos de mejora de calidad en cuanto a concreción, falta de ambigüedad, evitar las formulaciones negativas o de términos de culpabilidad de alguien y no englobar en la formulación causas ni soluciones totales o parciales.

Siguiendo estas pautas elementales, formulamos un problema global: "LA ATENCIÓN HOSPITALARIA URGENTE ESTÁ MASIFICADA" y cuatro problemas parciales: 1) la atención primaria de salud produce masificación de las urgencias hospitalarias, 2) la

atención especializada produce masificación en las urgencias hospitalarias, 3) el servicio de urgencias produce masificación en las urgencias hospitalarias y 4) los ciudadanos producen masificación en las urgencias hospitalarias

Elección de las personas integrantes de los grupos de trabajo

Los miembros de la ADSP de Salamanca propusieron personas que consideraron apropiadas con las que se elaboró un listado del que salieron por consenso los integrantes definitivos de los cuatro grupos de trabajo**.

Se valoró que las personas fueran representativas de cada ámbito, conocedoras del tema, desde dentro o como usuarios, y con capacidad para transmitir sus ideas.

Formación de los grupos de trabajo

Se constituyeron cuatro grupos, uno por cada uno de los problemas. Cada grupo estuvo integrado por 10 personas que procedían de los diversos ámbitos: en todos los grupos había profesionales de la atención primaria, de la atención especializada, médicos residentes, personal de servicio de urgencias, de la administración sanitaria y ciudadanos no ligados con la profesión sanitaria.

Los grupos de trabajo recibieron de antemano, información sobre el contenido y desarrollo del taller. Desarrollaron su trabajo el día 10 de Noviembre de 2004 durante cinco horas.

En cada grupo se nombró un monitor que marcaba los tiempos y que ayudado por un secretario, tomaba nota estructurada de todo lo que iba aportando el desarrollo del taller. Los monitores y los secretarios fueron miembros de la ADSP de Salamanca. Cada grupo nombró un portavoz, que fue el encargado de exponer los resultados finales del taller, en la presentación pública del día 11 de Noviembre.

Análisis de las causas del problema mediante el diagrama de Ishikawa o de “espina de pescado”

En la cabeza de esa “espina de pescado” se situó el problema formulado y su esqueleto básico lo formaron los cuatro grupos de causas principales (causas que dependen de la estructura, de los profesionales, de la organización, y del comportamiento de los usuarios). A cada uno de esas causas principales o causas raíz, las personas integrantes del grupo pudieron “colgar” cuantas causas se les ocurrieron, para después seguir profundizando en las causas de esas causas y así hasta agotar los niveles de profundización que se consideraron necesarios.

Cada grupo trabajó con uno de los cuatro problemas planteados, partiendo del esquema correspondiente.

Estructuración de las causas más relevantes del problema

El monitor del grupo propuso y moderó una “tormenta de ideas” durante 15 minutos. Se agruparon las causas expuestas y se abrió una segunda ronda de propuestas durante otros 15 minutos, siguiendo el mismo sistema. Se discutió el esquema final.

El monitor, el secretario y el portavoz, plasmaron por escrito el resultado y recogieron el material utilizado (post-it) para un posterior estudio más detenido.

Elaboración de un listado de soluciones

Con el diagrama de causas delante, cada participante verbalizó posibles soluciones, teóricas o prácticas. El secretario del grupo las fue anotando y se elaboró un listado de soluciones.

Priorización de las soluciones

Presentado el listado de soluciones, cada miembro del grupo puntuó a cada una de ellas de 1 a 10, con arreglo a los siguientes parámetros: 1) la solución propuesta resuelve una causa raíz o un grupo de causas, 2) la solución propuesta depende de pocas personas o instancias 3) la solución propuesta implica a gente concreta 4) la solución propuesta supone poco gasto

En el listado se sumó en cada causa el total de puntuaciones obtenidas por ella y se ordenaron según su puntuación.

Agrupamiento de las soluciones propuestas y conclusiones

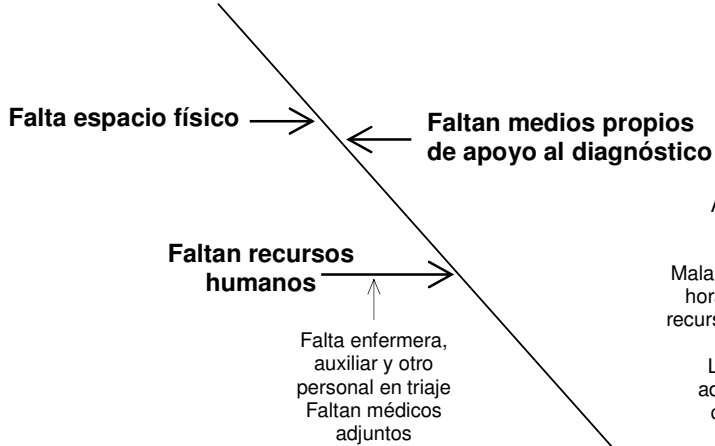
Posteriormente y para concluir, el grupo de estudios de la ADSP agrupó las soluciones propuestas en los diferentes talleres y priorizó, sobre las bases expuestas en el apartado anterior, diez propuestas básicas para presentar a la administración sanitaria, los profesionales, los representantes de los ciudadanos y los medios de comunicación.

III.- RESULTADOS:

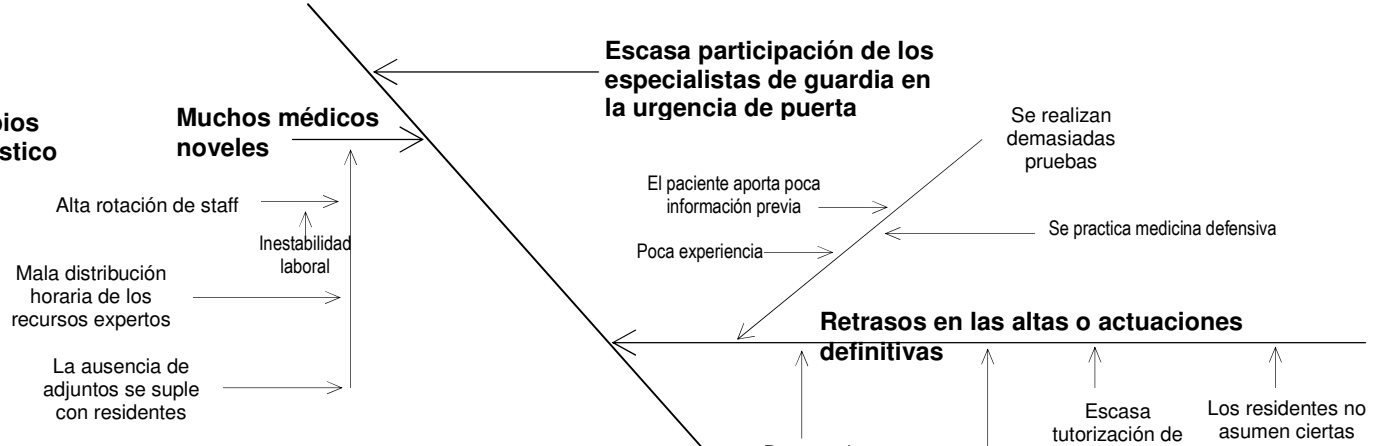
A) Las causas del problema:

Las respuestas recogidas en cada uno de los talleres de trabajo sobre las causas que motivaban la masificación del SUH se exponen en las **figuras 1-4.**

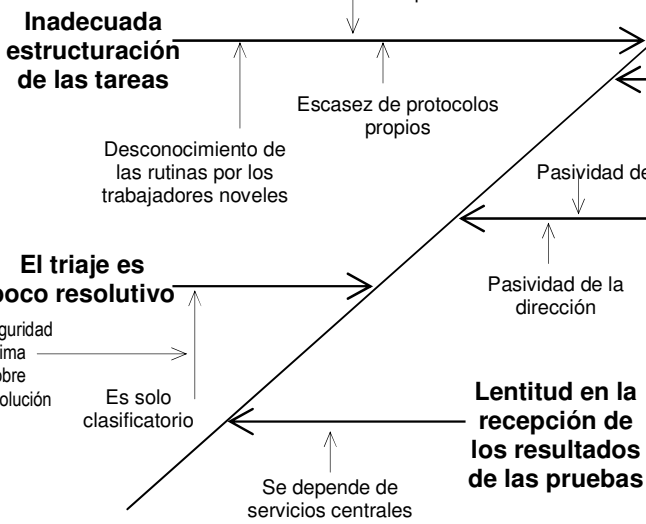
ESTRUCTURA



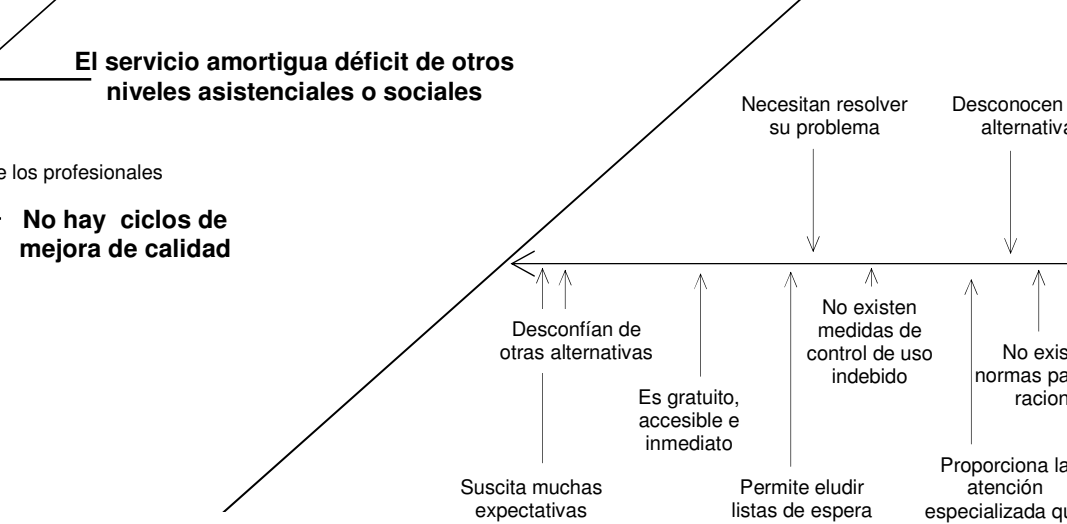
PROFESIONALES



EL SERVICIO DE URGENCIAS PRODUCE LA MASIFICACIÓN



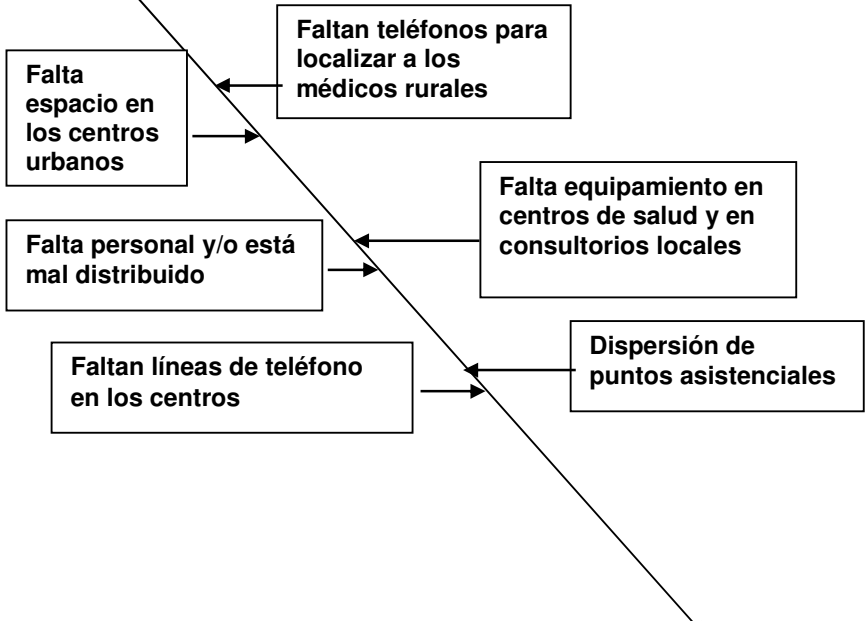
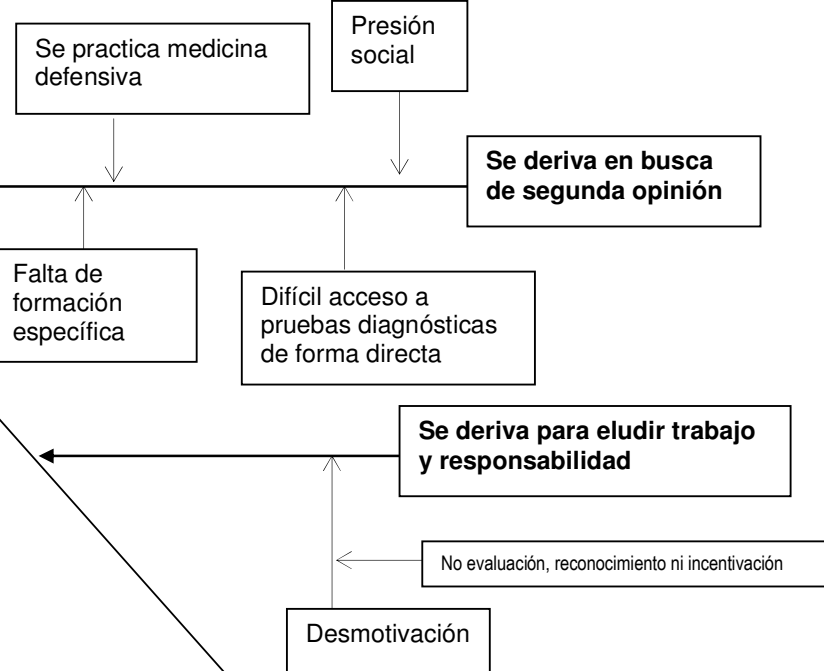
ORGANIZACION



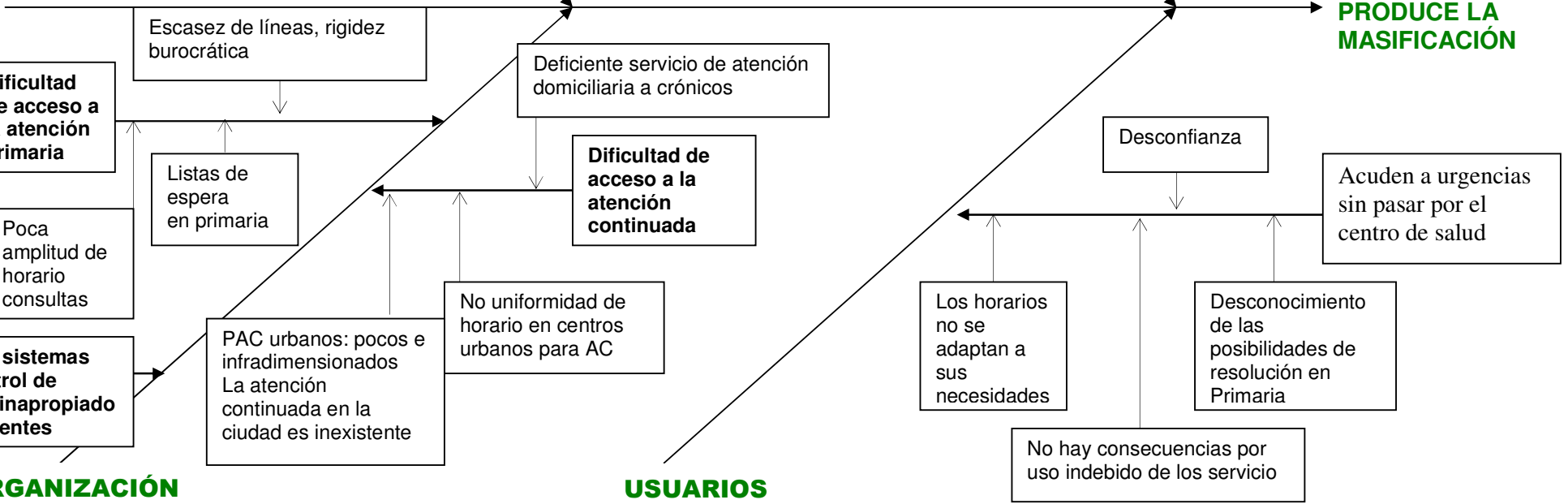
USUARIOS

ESTRUCTURA

PROFESIONALES



LA ATENCIÓN PRIMARIA PRODUCE LA MASIFICACIÓN



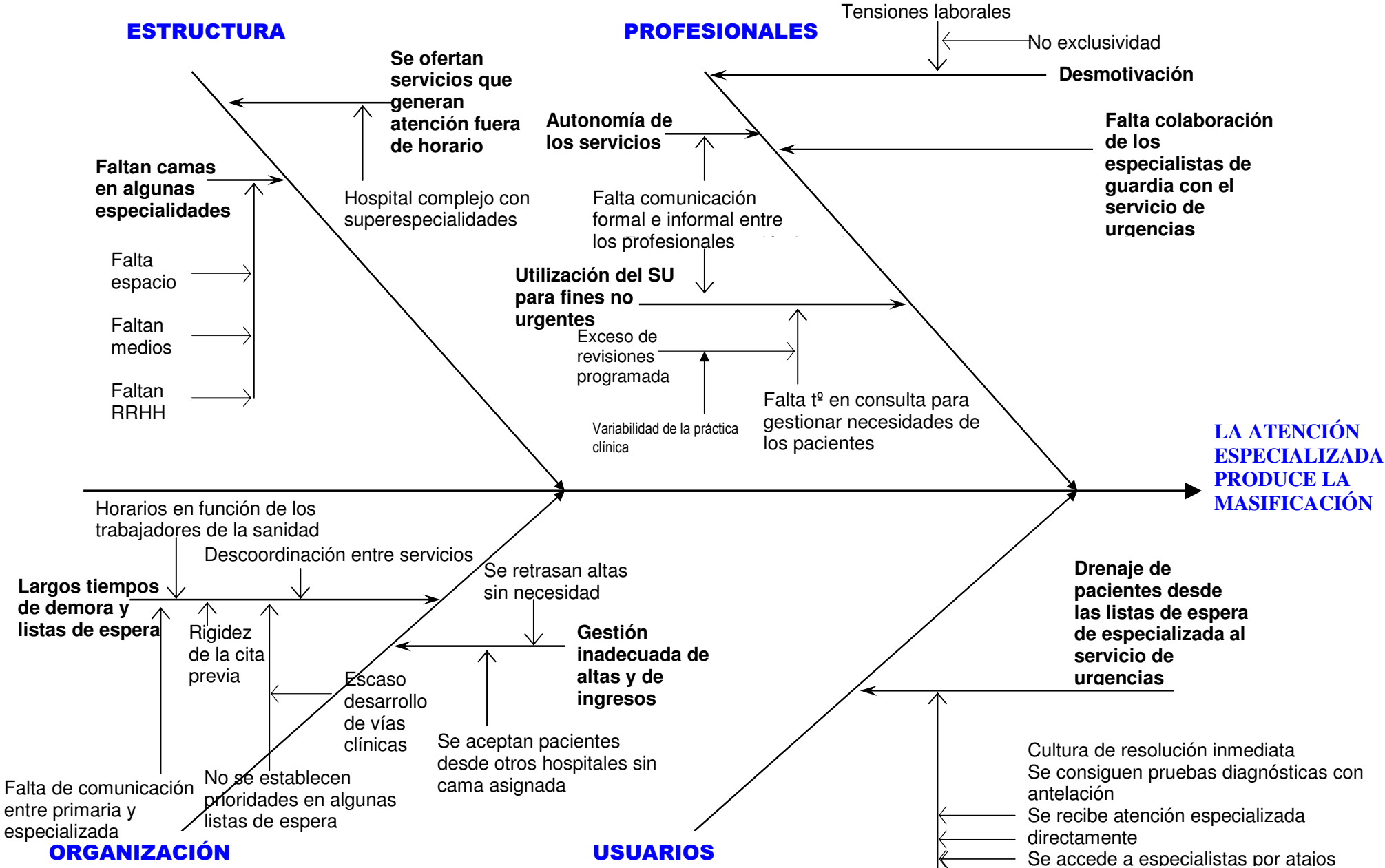
ORGANIZACIÓN

USUARIOS

ESTRUCTURA

PROFESIONALES

LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA PRODUCE LA MASIFICACIÓN



ESTRUCTURA

Faltan estructuras socio sanitarias disponibles 24 h

Faltan estructuras que resuelvan problemas judiciales disponibles 24 h

Faltan medios de alta resolución en los PAC de Primaria

PROFESIONALES

Los profesionales inducen al usuario a ir al servicio de urgencias

Ausencia de consultas preferentes de especialistas que resuelvan en breve plazo

Falta de confianza en los profesionales de Atención Primaria

No son especialistas y no tienen medios suficientes

LOS USUARIOS PRODUCEN LA MASIFICACIÓN

La sociedad exige rendimiento pleno

Se quieren soluciones rápidas

Envejecimiento de la población

Gratis, accesible y eficaz

Abuso del servicio

Se acude por problemas sociales

No hay alternativa

Desconfianza

Se acude por problemas que se podían resolver en Primaria

ORGANIZACIÓN

Listas de espera no razonables de especialistas y pruebas diagnósticas

El horario de consultas coincide con el horario laboral

Se consigue "adelantar" en las listas de espera a través de urgencias

La urgencia en horario de mañana no está bien organizada en Primaria

USUARIOS

Falta de información

Falta de uniformidad de horarios y lugares

Desconocimiento

B) Las propuestas de soluciones

Propuestas de soluciones aportadas en los talleres:

- 1. Mejorar la resolución en Atención Primaria (AP):**
 - . permitir un mayor acceso a tecnología diagnóstica
 - . reforzar la atención domiciliaria a crónicos
 - . potenciar la formación continuada de los profesionales en patología urgente
 - . incentivar la resolución en atención primaria
 - . ampliar las líneas telefónicas dónde se necesite

- 2. Mejorar la derivación desde AP al servicio de urgencia**
 - . establecer la obligatoriedad de derivar a urgencias desde AP siempre con informe y evaluar posteriormente dichos informes
 - . analizar los cupos hiperfrecuentadores del servicio de urgencias y resolver sus causas
 - . establecer protocolos consensuados de derivación a Urgencias en las patologías más frecuentes y hacer seguimiento de su uso

- 3. Organizar mejor la atención urgente en los centros de salud (CS)**
 - . establecer con claridad la forma de resolver la urgencia entre las 8 y 21 horas en los centros urbanos y entre las 8 y 15 horas en los rurales tanto si ocurre en el CS como si requiere desplazamiento del profesional.
 - . informar a la población de dónde debe acudir en caso de urgencia y hacer educación sanitaria para evitar, en lo posible, consultas innecesarias

- 4. Ampliar horarios de los profesionales:**
 - . exigir el cumplimiento de los horarios a los profesionales
 - . ampliar los horarios de tarde para consultas y pruebas diagnósticas tanto en AP como en atención especializada (AE)

- 5. Mejorar la comunicación entre la AP y el hospital:**
 - . enviar una copia del informe de urgencias y alta hospitalaria directamente al médico de AP
 - . enviar informe de especialista claro, donde se especifique una forma de contacto rápida (teléfono)

- . trabajar mediante protocolos, guías de práctica clínica y aumentar el número de vías clínicas para patologías concretas todo ello consensuado y creado en común entre AP y AE.

- . aumentar e incentivar las interconsultas de especialistas en los CS.
- . promover la implantación de una historia clínica electrónica integrada de área.

6. Desarrollar una nueva política de personal:

- . adecuar las plantillas del servicio de urgencias a las necesidades epidemiológicas o de cualquier índole
- . promover la estabilización de empleo, para evitar el exceso de rotación de personal nuevo
- . disminuir las guardias localizadas y sustituir las necesarias por guardias de presencia física
- . incompatibilizar la práctica pública y privada de la medicina

7. Realizar cambios estructurales en el hospital:

- . mejorar el acceso al hospital en transporte público
- . sacar las policlínicas del edificio central del hospital
- . crear centros de especialidades vinculados al hospital
- . crear un nuevo servicio de urgencias próximo al edificio central
- . mejorar los flujos de personas en urgencias, separando pacientes de acompañantes.

8. Realizar cambios estructurales en AP:

- . crear nuevos Puntos de Atención Continuada (PAC) urbanos y habilitar los periurbanos
- . crear un PAC cercano y en relación directa con el servicio de urgencias que sirva a éste de drenaje de casos menos graves.

9. Realizar cambios estructurales en atención sociosanitaria:

- . crear servicios de atención sociosanitaria abiertos las 24 horas y coordinados con los servicios sanitarios.

10.- Mejorar la resolución en el servicio de urgencias:

- . hacer cribado de patologías banales y derivarlas a PAC, estableciendo distintos niveles de atención según la gravedad
- . mejorar la tutorización de los residentes y separar formación de toma de decisiones
- . realizar auditorías periódicamente, internas y externas
- . crear grupos de mejora de calidad en el servicio

- . hacer investigación compartida con los especialistas
- . crear protocolos de actuación para médicos y enfermeras y elaborar un manual de procedimientos para todo el conjunto de trabajadores del servicio
- . consensuar protocolos con especialistas

11. Mejorar la comunicación entre AE y el servicio de urgencias:

- . trabajar en el servicio de urgencias sobre protocolos de actuación consensuados con las distintas especialidades
- . implicar a los especialistas de guardia en la atención en el servicio de urgencias.

12. Mejorar la resolución en AE:

- . organizar los servicios de forma homogénea según las necesidades de los pacientes
- . establecer objetivos cruzados entre servicios ligados a incentivos
- . valorar la repercusión de las ofertas de cartera de un servicio en el resto
- . informar de los compromisos institucionales con la sociedad sobre tiempos de demora máximos y cumplir dichos compromisos
- . ordenar por prioridad las listas de espera
- . incrementar las consultas de alta resolución.

13. Organizar el momento del alta hospitalaria:

- . establecer horarios precisos para las altas
- . informar al paciente de en qué momento debe dejar libre la cama
- . establecer lugares de espera del paciente hasta que es recogido para su salida del hospital
- . disponer de ambulancias específicas para las altas
- . tener cama asignada antes de autorizar el traslado de pacientes desde otros centros

14. Informar y educar a la población para el uso correcto del servicio de urgencias y establecer medidas disuasorias:

- . informar a cada paciente de la pertinencia de su consulta a urgencias y del lugar de atención que habría sido el indicado
- . realizar campañas informativas institucionales sobre el uso adecuado la consulta a las diferentes estructuras sanitarias
- . hacer facturación real a las mutuas

PROPUESTAS DE SOLUCIONES DE LA ADSP

De las propuestas planteadas en los talleres y que hemos agrupado en el apartado anterior, la ADSP, después de un período de reflexión y debate, ha extraído 10 y las hemos priorizado, en función no sólo de la eficacia que tendría su puesta en marcha, sino también de la facilidad para llevarlas a cabo (todas estas propuestas pueden ser resueltas en el marco del área de salud)

I.- Establecer con claridad la forma de resolver las urgencias en los CS entre las 8 y 21 horas en los centros urbanos y entre las 8 y 15 horas en los rurales (en el horario restante ya está establecido), tanto si ocurren en el propio centro como si requieren desplazamiento del profesional

II.- Establecer protocolos consensuados de derivación al SUH en las patologías más frecuentes y hacer seguimiento de su uso

III.- Establecer protocolos y guías de práctica clínica y aumentar el número de vías clínicas para patologías concretas. Realizarlo por consenso entre AP y AE. Evaluar periódicamente su seguimiento en ambos niveles de atención

IV.- Crear un PAC cercano y en relación directa con el servicio de urgencias, que sirva a éste de cribado de enfermos y/o drenaje de casos menos graves

V.- Realizar cambios estructurales en el hospital para mejorar el acceso en transporte público, sacar las policlínicas del edificio central del hospital, crear un nuevo y único servicio de urgencias próximo al edificio central, mejorar los flujos de personas en urgencias y crear centros de especialidades vinculados al hospital. Esta propuesta es inviable sin la puesta en marcha, que debiera ser inmediata, del Plan Director o de un nuevo hospital

VI.- Ordenar por prioridad las listas de espera e informar de los compromisos institucionales con la sociedad sobre tiempos de demora y cumplir dichos compromisos

VII.- Crear servicios de atención sociosanitaria abiertos las 24 horas y coordinados con los servicios sanitarios.

VIII.- Informar a la población de dónde debe acudir en cada momento en caso de urgencia y hacer educación sanitaria para evitar, en lo posible, consultas innecesarias. Informar al alta en Urgencias sobre la pertinencia de dicha consulta

IX.- Ampliar los horarios de tarde para consultas y pruebas diagnósticas tanto en AP como en AE

X.- Organizar el momento del alta hospitalaria estableciendo horarios precisos para las mismas, informando al paciente de en qué momento debe dejar libre la cama, estableciendo lugares de espera del paciente hasta que es recogido para su salida del hospital y disponiendo de ambulancias específicas para las altas

* Nuestro agradecimiento al Dr. R. Borrás (Coordinador del SUH de Salamanca) que nos ha facilitado los datos referidos en este apartado y a la Gerencia del Centro que nos ha permitido su difusión. **Nuestro agradecimiento a los participantes en los talleres, por su esfuerzo y dedicación gratuitos. Ellos han sido los verdaderos artífices de este trabajo.

Bibliografía:

- 1.- Tudela P, Módol JM. Urgencias hospitalarias. Med Clin 2003; 120:711-6
- 2.- Millá Santos J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. Med Clin 2001; 117:295-6
- 3.- Peiró S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. Economía y Salud 1999; 33:1-15
- 4.- Miró O, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Fútbol, televisión y servicios de urgencias. Med Clin 2000; 114: 538-9
- 5.- Torné E, Guarda A, Torras MG, Pozuelo M, Pasarín M, Borrell C. Análisis de la demanda en los servicios de urgencias en Barcelona. Aten Primaria 2003; 32: 423-9
- 6.- Montero FJ, Calderón de la Barca JM, Jiménez L, Berlango A, Pérula de Torres 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
- 7.- Montero FG, Calderón de la Barca JM, Jiménez L, Berlango A, Pérez I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (II): actividad asistencial, docente e investigadora. Emergencias 2000; 12:237-47
- 8.- Sánchez M, Miró O, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G, Gómez-Angelats E y cols. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. Med Clin 2003; 121:167-72.
- 9.- Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente?. Med Clin 2004; 123: 619-20
- 10.- Aranaz JM, Martínez R, Rodrigo V, Gómez F, Antón P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin 2004; 123: 615-8

